

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID
ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ARQUITECTURA

LOS HOSPITALES DE FRANCO

LA VERSIÓN AUTÓCTONA DE UNA ARQUITECTURA MODERNA

Autor: Alberto Peltáin Álvarez-Arenas, arquitecto
Director: Justo Fernández-Trapa de Isasi, doctor arquitecto

[2003]

ÍNDICE

LOS HOSPITALES DE FRANCO LA VERSIÓN AUTÓCTONA DE UNA ARQUITECTURA MODERNA

	PRESENTACIÓN	I
	RESUMEN	III
	MARCO POLÍTICO DE PARTIDA	1
Primera Parte	PLAN DE CONSTRUCCIONES DEL PNA	5
	La tuberculosis y los orígenes del Patronato	6
	El concurso del PNA	9
	I. SOLANAS CURATIVAS. SANATORIOS DEL PNA	14
	El icono del Plan: un Sanatorio en Tarrasa	15
	Precaución, estrenos del Patronato: Valdelatas, Alcohete y Santa Marina	17
	Desarrollo y clausura del Plan de Construcciones del PNA	23
Segunda Parte	PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS DEL INP	25
	La red de Instalaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad	26
	El concurso del INP	29
	II. CASTILLOS ROQUEROS. PRIMERA ETAPA DEL PLAN	34
	Residencias y Ambulatorios del INP	35
	Una Residencia cerca de Meirás	40
	Barcelona y el caso de Madrid	43
	Labores de propaganda	47
	Primeros cambios	50
	Primeros Ambulatorios	52
	Primeros resultados	55
	III. CAJONES NORMALIZADOS. SEGUNDA ETAPA DEL PLAN	57
	Revisión de proyectos. Hospital Teórico	58
	El nuevo estilo del INP	63
	Razones de cambio	68
	Tipificación y Normalización	70
	Aciertos con futuro	73
	IV. ESTUCHES GEOMÉTRICOS. PROYECTOS DE SEGURIDAD SOCIAL	75
	Veinticinco años de paz	76
	Cuidados progresivos. Las ciudades sanitarias y La Paz	78
	Hospital Puerta de Hierro	83
	Hospitales normalizados. Estuches y cajones	86
	Cuestiones de forma. Marcide y el compás	89
	Nuevos esquemas y viejas formas	91
	Enfermerías redondas	97
	Maternidades redondas	100
	Últimas actuaciones de la Era Marcide	103
	CONCLUSIONES	123
	BIBLIOGRAFÍA. Fuentes orales. Bibliografías general y específica	125

ANEXOS

A. EL HOSPITAL. DOSCIENTOS AÑOS DE PROYECTOS	137
El hospital ilustrado	142
El hospital de las enfermeras	150
El hospital de la medicina moderna	159
El hospital nacional de los sistemas de salud	175
Hospitales españoles. Antecedentes históricos	206
La red pública de hospitales españoles	223
La sanidad en la España democrática	245
 B. MARCO LEGAL DE LA PRIMERA POSGUERRA	 246
Ley de Bases de la Sanidad Nacional	247
Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad	249
 C. PLAN GENERAL DE ASISTENCIA MÉDICA	 252
Estudio de un Plan general de asistencia médica en el Seguro de Enfermedad	253
Construcciones de referencia	255
Asistencia a la maternidad y la infancia en el Seguro de enfermedad	258
 D. COORDINACIÓN DE HOSPITALES Y BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	 259
Antecedentes	260
Ley de Hospitales	263
Ley sobre Bases de la Seguridad Social	265

PRESENTACIÓN

Esta tesis se propone trabajar sobre la arquitectura de la medicina en España y sobre un período en que la medicina se hace moderna más deprisa que sus edificios. La ciencia médica adelanta a la arquitectura, que sigue el ritmo del país en su largo y lento recorrido hacia la modernidad. La creación de la red de hospitales de la medicina científica ha sido para los países de Occidente uno de los objetivos de la nueva sociedad surgida en el siglo XX, después de la reorganización social provocada y establecida por la Primera y la Segunda Guerras. El desarrollo de los ideales de la arquitectura moderna tuvo un excelente medio en los proyectos sanitarios, que contribuyeron en buena medida a consolidar el nuevo modo de proyectar y de entender las reglas del oficio y del arte de los arquitectos.

Sin embargo, debido a la dificultad de comprender el contenido de la arquitectura sanitaria, su referencia en la historia de la modernidad es relativamente escasa, y se limita casi exclusivamente a los ejemplos de configuración formal más potente y explícita, atendiendo más a su carácter de forma que de contenido. A menudo los proyectos más conocidos se refieren a ejemplos de programa sencillo o de cometido sanitario ligero, como ambulatorios o residencias. La experiencia de la modernidad que permitió enfrentar uno de los edificios más complejos y difíciles de la nueva sociedad no siempre admite una lectura fácil.

El interés por este difícil proyecto de la modernidad, el hospital, no el mejor comprendido ni más celebrado, es uno de los estímulos ciertos de este trabajo de tesis. La curiosidad por la experiencia de los arquitectos españoles de la posguerra y por su disposición a proyectar una nueva clase de edificio, atrapados entre lo novedoso de la ciencia y de la sanidad social por un lado, y su insuficiente comprensión e intención de modernidad por otro, ha sido un acicate permanente de su desarrollo.

Para la tesis, el trabajo sobre los proyectos españoles de la época de Franco se presenta contra el inevitable fondo de los países del norte de Europa que incluyeron en su experiencia de la modernidad la creación de nuevos sistemas de protección social y, con cierta coherencia cultural, nuevas formas de proyecto para la sanidad. En cambio, no sólo de fondo sino de primerísimo plano aparece la influencia de los modelos sanitarios de Estados Unidos, ligados al avance de la técnica médica, que se superpuso al pensamiento arquitectónico moderno europeo y que fue directamente adoptada en España por los arquitectos.

La España de Franco, como los países del sur de Europa, no fue ajena al desarrollo de las técnicas médicas, de los sistemas de sanidad social y de los hallazgos arquitectónicos en el campo de la sanidad, que era siempre uno de los pilares de los nuevos Estados dictatoriales meridionales. En España, el largo período del gobierno del General Franco es contemporáneo de la creación en Europa de los sistemas de salud y de la consagración de una arquitectura sanitaria cuyas bases se sentaron antes de la Segunda Guerra Mundial. La arquitectura de la sanidad de Franco estaba más necesariamente orientada a la modernidad contemporánea que la arquitectura institucional, dado su carácter científico y crecientemente técnico. Naturalmente comenzó rechazando la inspiración social más radical del Movimiento Moderno, pero al tener que prescindir de tipos obsoletos, buscó nuevas fuentes aceptables y las encontró en la arquitectura norteamericana y en sus modelos hospitalarios. Tales fuentes proporcionaban una inspiración formal y compositiva relativamente cierta para la nueva y necesaria medicina científica; eran también relativamente descomprometidas con la forma simbólica y en sus contenidos de proyecto moderno, democrático y social. Sorprendentemente, los modelos para esta sanidad organizada al revés de la seguridad social de Franco eran siempre clínicas privadas.

El objeto de estudio de mayor interés de la tesis es, naturalmente, el grupo de arquitectos sobre los que recayó la tarea de dar forma a los proyectos y que alcanzó un cierto grado de competencia en su interpretación de la arquitectura moderna. Se trata aquí de estudiar en qué medida llegaron a plantearse sustituir la fórmula de proyectar mediante tipos tradicionales por otra más crítica y funcionalista. Se encuentra que el grupo no llegó a entender del todo el contenido profesional de una cultura más moderna, equivocando en general los términos comparativos con sus contemporáneos y contentándose con una referencia de estilo que, sin embargo, no dejó de transmitir algunos valores de la arquitectura del siglo XX a la generación siguiente.

El contexto social de la tesis es el de la construcción, por parte del régimen de Franco, de un sistema de seguridad social que acabaría consolidándose en un moderno sistema de salud y que produjo arquitectura sanitaria semimoderna, o si se prefiere, de una modernidad con sordina, a través de la cual se entrevé la influencia de otras arquitecturas de vanguardia y de las sociedades más desarrolladas.

La tesis se ocupa de revelar la circunstancia de los arquitectos de la posguerra. Su necesidad de proyectar con atención a la ciencia más avanzada, unida a sus precarios recursos conceptuales y a su lejanía de las tendencias de sus colegas europeos dio lugar a una versión autóctona de la arquitectura moderna, en su programa sanitario, que parece a la vez atender al exterior y satisfacerse con adaptaciones bastante cortas de intención y de crítica. A pesar de lo cual, los arquitectos de los hospitales de Franco contribuyeron a formar la imagen de la ciudad moderna española la de una arquitectura funcional y hasta cierto punto abstracta, a partir de modelos relativamente válidos.

Los trabajos del autor en este campo y en el de las arquitecturas sanitarias del siglo XIX en España, uno de los cuales se acompaña como anexo, son muestra del interés personal por los proyectos de la sanidad, que también se nutre de experiencias de proyectos de centros sanitarios y de colaboraciones en estudios sobre el mismo tema. Este interés profesional y académico ha tenido su mejor expresión y su mayor reto en el largo trabajo que se presenta.

Esta tesis presenta los proyectos de este grupo de arquitectos y arroja luz sobre su actitud a caballo entre la vanguardia exterior y el conformismo interior, de la que va emergiendo poco a poco la posibilidad de una arquitectura más europea y acorde con su tiempo.

RESUMEN

El hospital moderno, como proyecto arquitectónico, estuvo representado en algunos ejemplos de la España de la República; pero después de esa etapa inicial y del paréntesis de la guerra civil, su desarrollo sistemático se produjo con el trabajo de un reducido grupo de arquitectos bajo los auspicios del seguro obrero de enfermedad, durante los primeros años del régimen de Franco. De ello se ocupa la primera parte de la tesis, de ese primer ensayo general de producir una arquitectura sanitaria a escala nacional que hubo de definir sus modelos sanitarios y arquitectónicos. Se estudia en particular cómo, si bien en cierto modo se continuó con la asimilación de ejemplos europeos, se llevó a cabo una voluntaria selección de los modelos americanos consagrados de las décadas anteriores. La arquitectura española de hospitales presenta entonces una especie de acto fundacional, a mitad de los años cuarenta. Tuvo lugar con la convocatoria de un concurso nacional entre arquitectos para seleccionar aquéllos que habrían de desarrollar el Plan de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad, un ambicioso plan de cobertura nacional que sería la base de la actual red de hospitales públicos.

Los arquitectos participantes se guiaron por la recomendación de proyectar hospitales verticales, de acuerdo con la propuesta que había hecho el Dr. Primitivo de la Quintana ("como los norteamericanos modelo Monoblock, o como el Hospital Beaujon, de París") en su Estudio del Plan general de asistencia médica para el Instituto Nacional de Previsión. Siempre ligado a la precaria reglamentación institucional de la sanidad y asumiendo tal recomendación, el grupo de arquitectos seleccionado consiguió crear un tipo de hospital que respondía a las necesidades de la medicina de los cuarenta y, hasta cierto punto, a la moderna medicina científica. Como producto de la parte más social del régimen, era una arquitectura que utilizaba los modelos hospitalarios de aquélla, y que al mismo tiempo derivaba en buena parte la cuestión de la modernidad a problemas de estilo. La tesis estudia el trabajo de los arquitectos en este medio, sus intenciones y su valoración de modelos, cosas que hicieron con profesionalidad y con una cierta pero limitada atención a su entorno internacional, que a veces incluye comparaciones ingenuas entre los gigantescos complejos norteamericanos de los años treinta y las comparativamente minúsculas y sencillas residencias sanitarias del Seguro Obrero.

Después de estudiar el marco político y social, sanitario y arquitectónico de la posguerra, el texto estudia el período de los denominados años del desarrollo económico, en el que se produjo una segunda etapa de programas de construcción de hospitales con nuevas directrices. Con el desarrollo económico los arquitectos se abrieron a tendencias menos alejadas de la realidad europea y, aunque no fueran capaces de entender en sus términos los enormes avances de la arquitectura hospitalaria europea, adoptaron rasgos contemporáneos de los proyectos hospitalarios internacionales y dejaron atrás las fórmulas tradicionales de representación institucional a base de frontones y columnas. Se aprecia que a ello contribuyó la incorporación de un joven arquitecto en el grupo, Fernando Cavestany, ligado a la Revista Nacional de Arquitectura, que buscaba inspiración en obras más actuales e internacionales.

Martín José Marcide se consolidó como jefe indiscutible del grupo. Junto al nuevo jefe de la asesoría médica, Manuel de los Santos, Marcide trazó la planificación y el diseño de los hospitales contemporáneos del Plan de Estabilización y de los primeros Planes de Desarrollo Económico y Social, y progresó sobre el tópico de los proyectos de *planta de avión* desarrollados hasta entonces. La tesis descubre a un Marcide atento a los ejemplos de las publicaciones extranjeras; pero que en general introdujo

y adaptó formas sin mayor crítica, dirigidas a resolver parcialmente los problemas y nunca a definir las trazas principales del conjunto del hospital, al que consideraba un agregado de partes relativamente independientes.

El crecimiento de los hospitales y su evolución interna, después de la sustitución del Seguro Obrero de Enfermedad por el sistema de la Seguridad Social, representó un serio desafío para los escasos recursos conceptuales del grupo de arquitectos. Se estudia cómo tras la crisis del modelo de residencia sanitaria predominantemente quirúrgica y para la puesta en marcha de los hospitales especializados de la Seguridad Social se utilizaron nuevos conceptos médicos, sociales y urbanísticos, pero sin que la arquitectura de la salud alcanzara el nivel de coherencia, articulación y función necesarios. En los grandes conjuntos hospitalarios de esos años se detectan contradicciones de proyecto que todavía hoy plantean problemas sin resolver. Las ciudades sanitarias españolas proporcionan un ejemplo de rigidez de proyecto enfrentada a los continuos cambios impuestos por los avances médicos, y de crecimiento desordenado debido a su falta de organización conjunta, por no hablar de cuestiones de impacto ambiental.

Los sistemas de salud europeos configurados en la posguerra respondían a estos problemas con diferentes propuestas que rápidamente se convertían en nuevos modelos internacionales. Como ejemplos, se señalan grandes hospitales de la corona metropolitana de Londres; la magnífica solución de tapiz de los arquitectos británicos Powell y Moya en el contexto rural de Wexham Park, la de sus paisanos Lewelyn-Davies y Weeks encaminada a facilitar las continuas actuaciones de crecimiento y modificación interna en Northwick Park, o la de William Tatton-Brown para el nuevo hospital de Greenwich, un contenedor universal de flexibilidad absoluta semejante a una gran superficie comercial. Para los proyectos europeos la parte clínica del hospital tomaba la forma de un cajón neutro mientras en España se insistía en modelar elaborados estuches para unos programas funcionales que, sin embargo, habrían de cambiar enseguida. Todavía no se había comprendido el hospital como conjunto articulado de tres áreas fundamentales, clínica, residencial y de soporte, con las que los arquitectos de otros países trabajaban sus proyectos, ni la distinta evolución de cada una.

La intuición de una arquitectura más en consonancia con los proyectos europeos y más ligada a la herencia de la modernidad no llegaría hasta la incorporación en los primeros años setenta de algunos arquitectos recién titulados. Esta renovación se produjo en el último periodo que estudia la tesis, los últimos años del INP de Franco, con la construcción de los hospitales de Avilés y Badalona, y tras morir Marcide y Botella, los arquitectos que habían ostentado la mayor autoridad en el diseño de las residencias sanitarias y los hospitales hasta esa fecha. Pero el desarrollo de unos proyectos más lúcidos y la asunción general de nuevos modelos europeos tendría que esperar a la etapa del Insalud, que sucedió al INP en 1978 y una vez instaurada la democracia española.

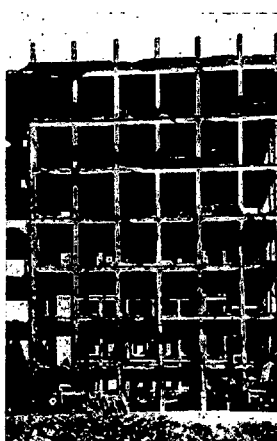


MARCO POLÍTICO DE PARTIDA



Franco "cruzado" con Santiago
"matamoros". Óleo.

Estado del Hospital Clínico en
1.941.



En la página anterior, Franco.
Dibujo de Pedro Muguruza.

A medida que los nacionales se hicieron con el territorio durante la guerra civil tuvieron lugar los consecuentes cambios, en general destinados a restablecer el orden anterior a la proclamación de la II República. En plena cruzada¹ se reorganizó la lucha contra las diversas epidemias que azotaban al país, prioritariamente contra el paludismo, el tracoma y, de una forma muy especial, contra la tuberculosis, también denominada peste blanca. Esa lucha se había iniciado a principios de siglo a través de diversas campañas de prevención², había continuado durante la Dictadura de Primo de Rivera, mediante la creación de Institutos Provinciales de Higiene³, y durante la II República, cuando se emprendió un extenso plan de construcción de dispensarios que la guerra frustró, como todo el ambicioso proyecto de reorganización de la sanidad puesto en marcha en los primeros años treinta. Pero los resultados hasta la fecha habían sido pobres, como puede comprobarse en las fatales estadísticas sanitarias que a finales de la década aún asignaban 40.000 muertes anuales a la tuberculosis, 2.000 al paludismo, y un sinnúmero de cegueras al tracoma, que se cebó especialmente en el levante español.

Durante los primeros años de posguerra se encontraron las respectivas soluciones para erradicar el paludismo y el tracoma, aunque ambas epidemias persistieron todavía algunos años más. El foco generador del paludismo eran las aguas estancadas, y la erradicación de la enfermedad se logró mediante actuaciones conjuntas de siembra de pequeños peces devoradores de larvas⁴ y desecado de terrenos pantanosos. El tracoma era consecuencia de la falta de higiene corporal, y no hubo más que repartir gratuitamente entre la población pastillas de jabón lagarto y la correspondiente cartilla de instrucciones para que se hiciera buen uso del inusual producto y remitiera la enfermedad⁵. Las fórmulas para atajar la tuberculosis, sin embargo, no llegarían hasta una década después. Mientras tanto, la medida fue aislar a los enfermos en sanatorios apartados, buscando además lugares saludables y supuestamente propicios para una curación más que dudosa⁶. Para ello se puso en marcha un ambicioso Plan de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso.

Paralelamente se tomaron algunas medidas para mejorar las condiciones de vida de los trabajadores. Lo había establecido durante la guerra el Caudillo del bando rebelde en su Fuero de los Trabajadores⁷; y así, al tiempo que la fiscalía de la vivienda emprendía por la vía urgente programas de reconstrucción y de colonización y explotación agrícola de un amplio territorio nacional aún virgen, se establecieron los seguros de Vejez⁸ y Silicosis⁹, se extendió el de Maternidad a las

¹ En el libro "Mis encuentros con Franco" el escritor José María Pemán aportaba claves del éxito de la palabra "cruzada" en la posguerra nacional. La "cruzada" medieval encerraba una mezcla compleja de negocio, heroísmo, nacionalismos y conveniencias sublimadas, que da aval eclesiástico y episcopal a la etiqueta "cruzada"; no era una proclamación totalmente triunfalista o impecable, pero dulcificaba el sentido cruento y excepcional de esa guerra encarnizada entre paisanos civiles.

² Véase *Catálogo de imágenes de la historia de la sanidad en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.

³ El Reglamento de Sanidad Provincial de 1925 impuso a las diputaciones provinciales la obligación de establecer Institutos Provinciales de Higiene, con los cometidos de prevención epidemiológica y vacunación obligatoria.

⁴ Las aguas estancadas se repoblaron con gambusias, unos peces devoradores de larvas que contribuyeron en la erradicación del mosquito *Anopheles*. Véase *Catálogo de imágenes*, pág. 76.

⁵ Véase *Catálogo de imágenes*, op. cit. pág. 77.

⁶ Véase en este trabajo "Plan de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso", pág. 5-13.

⁷ Fuero de los Trabajadores de 8 de marzo de 1938.

⁸ Ley de 1 de septiembre de 1939, por la que se estableció el Seguro de Vejez.

⁹ Decreto de 3 de septiembre de 1941, por el que se establece el Seguro para la Silicosis.

Portada del Estudio para un Plan general de asistencia médica.

José Antonio Girón de Velasco.

Enfermería del Hospital de Sant Pau, Barcelona. Lluís Domènech i Montaner, 1902-1926.



esposas de los trabajadores¹⁰ y se publicó el Reglamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo¹¹. Además, en 1942 se estableció el Seguro Obrero de Enfermedad¹², mediante la famosa Ley Girón, que se complementó poco después con los regímenes especiales de seguros sociales de agricultura, pesca¹³ y del servicio doméstico¹⁴. Por último, en 1944 se publicó la Ley de Bases de la Sanidad Nacional¹⁵, que no tendría consecuencias tan afortunadas como las previstas¹⁶.

Aunque el factor de renovación sanitaria más influyente de la posguerra española fue la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Poco antes de establecerse, la asistencia de medicina interna sólo se prestaba en viejos hospitales u otros centros de la Beneficencia Pública, o bien en costosas clínicas privadas o en las propias viviendas de los enfermos que pudieran contratar los servicios de un médico. Las enfermedades quirúrgicas requerían el internamiento en una u otra clase de establecimientos, pero una buena parte de las denominadas clases productoras no tenía derecho de asistencia sanitaria en instalaciones de la Beneficencia, sólo previsto para los pobres, ni podía costearse el ingreso en un centro privado. En caso de enfermedad, los trabajadores sólo podían contar con la ayuda de una mutua laboral o un seguro mercantil. Y esas entidades no proporcionaban asistencia sanitaria alguna; se limitaban a garantizar los jornales, que resultaban insuficientes para cubrir los gastos de enfermedad¹⁷.

Con el Seguro de Enfermedad la situación cambió para bien, paulatinamente. La Ley del SOE, conocida popularmente como Ley Girón, en honor de su promotor el joven arrojado falangista y ministro de Trabajo José Antonio Girón de Velasco¹⁸, tuvo también otro apelativo socarrón. Los médicos del Seguro le colgaron el sambenito de Ley Soez por causa de su accidentado arranque, debido fundamentalmente a los problemas que le originó el no contar con hospitales propios y tener que utilizar vetustas instalaciones y equipamientos de terceros. Durante sus primeros años el Seguro utilizó mediante conciertos los hospitales de diversas asociaciones particulares y de corporaciones locales o religiosas con recursos muy anticuados, y sus resultados durante ese tiempo no fueron mucho mejores que los de la beneficencia. Pero al menos se había logrado que los trabajadores tuvieran acceso a los hospitales, lo que ya suponía una notable mejora de sus condiciones, y esto no era más que el comienzo.

Con las cuotas de sus ocho millones de asegurados iniciales, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad se estaba confirmando como una de las primeras instituciones del Estado en cuanto a presupuestos. Y cada vez se veía más claro que los hospitales existentes en el país, con los que se habían establecido conciertos, eran insuficientes e incapaces de prestar los cuidados contratados por sus asegurados y que se imponía formar una red de instalaciones propia. A finales de 1944, la Comisión de Enlace encargada de elaborar un Plan de Instalaciones del Seguro¹⁹ tenía ya sobre la mesa los correspondientes estudios de plan general de asistencia médica y medicina preventiva y de plan general de maternología y puericultura²⁰.

¹⁰ Ley de 18 de junio de 1942, que amplía los beneficios del Régimen obligatorio de Subsidios Familiares al incluir en el Seguro de Maternidad a las esposas de los asegurados y a las trabajadoras aseguradas que no puedan serlo en el de Maternidad.

¹¹ Reglamento de Seguridad e Higiene en el Trabajo de 31 de enero de 1940.

¹² Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

¹³ Ley de 10 de febrero de 1943 sobre regímenes especiales de seguros sociales de la agricultura y Decreto de 29 de Septiembre de 1943 sobre regímenes especiales de seguros sociales de pescadores.

¹⁴ Decreto de 19 de Julio de 1944 sobre regímenes especiales de seguros sociales del servicio doméstico.

¹⁵ Ley de 25 de Noviembre de 1944, de la Jefatura del Estado, de Bases de la Sanidad Nacional (B.O.E. de 26-11-1944).

¹⁶ Véase en el anexo B "Ley de Bases de la Sanidad Nacional", pág. 247-248.

¹⁷ Véase "La asistencia sanitaria en los centros del Plan Nacional de instalaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad" en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: INP, publicación n°896. 1953.

¹⁸ José Antonio Girón (1911-1995) fue Ministro de Trabajo desde mayo de 1942 hasta febrero de 1957. Fue el promotor del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

¹⁹ La Comisión de Enlace se nombró por Orden de 15 de Marzo de 1943.

²⁰ Véase *Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: INP, 1944.



*Hospital General de Los Angeles, California.
Allied Architects Association, 1932.*

Durante la etapa de estudio, en la estimación de camas necesarias se barajaron diversas cifras²¹. Se pasó de las 116.802, equiparables con las de otros países europeos, a las 47.000, con las que el Seguro podría funcionar a pleno rendimiento, a las 34.000 propuestas por el autor del estudio del Plan, Primitivo de la Quintana, a las 16.000 que finalmente se aprobaron, en enero de 1945. El informe de Quintana había contemplado la construcción de 148 hospitales quirúrgicos, 3 de ellos de 1.000 camas, 45 de 300 camas y 100 hospitales de 50 camas. Aparte se había previsto la construcción de 3 hospitales psiquiátricos de 750 camas y 10 de 250 camas, un número indeterminado de casas de convalecientes para instalar en ellas 3.600 camas, y 4.150 camas en hospitales de enfermedades infecciosas²². Todas las cifras se reconsideraron también, y su programa de construcción se simplificó notablemente. En el Plan de Instalaciones del Seguro no habría más que hospitales y dispensarios. Sin embargo, en cuanto al tipo de construcción se respetó la propuesta de Quintana, “la vertical, como los hospitales norteamericanos modelo Monoblock, o el Hospital *Beaujon*, de París, u horizontales, como la mayor parte de los Hospitales europeos, y, dentro de éstos, la construcción en pabellones, de los que el más moderno que conocemos, y que puede representar el tipo de esta clase, es el Hospital Mayor de Milán. Para las grandes unidades puede ser discutido el tipo, si bien hoy se abre paso la idea de los Monoblock. Para los de las otras categorías, solamente éste es admisible”²³.

El Plan General de Asistencia Médica elaborado por Quintana se convirtió pronto y tras algunos recortes en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad. Las previsiones sobre su extraordinaria influencia en la mejora de la asistencia médica española se demostraron certeras en menos tiempo del imaginado, y el Plan se desarrolló bastante conforme a las indicaciones del ponente de la Comisión de enlace, si bien se desestimó acometer las instalaciones para enfermos psiquiátricos y crónicos. Los arquitectos españoles seguirían durante demasiado tiempo las indicaciones de Quintana en cuanto al tipo de edificio adecuado y proyectarían sus edificios con el modelo monobloque de los hospitales norteamericanos y del Hospital *Beaujon* de París. Y unos años más tarde acudirían también a informarse sobre el tipo del gran hospital milanés para proyectar las ciudades sanitarias de los años sesenta y setenta.



*Hospital Beaujon, París. Walter, Poulsey &
Casan, 1932-35.*

²¹ Véase en el anexo C “Estudio de un plan general de asistencia médica en el Seguro de Enfermedad”, pág. 253-254.

²² Ibidem. pág 253-254.

²³ Véase en el anexo C “Construcciones de referencia”, pág. 255-257.



**PLAN DE CONSTRUCCIONES DEL
PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO**



Emblema de posguerra del Patronato Nacional Antituberculoso. La Cruz Lorena, símbolo tradicional de la lucha contra la tuberculosis, se ha transformado en espada de doble puño y es portada por un soldado.

Aunque durante los años cuarenta la incidencia de tuberculosis en la mortalidad descendía, su índice superaba al del resto de enfermedades, incluidas las epidémicas. La denominada peste blanca se caracterizaba por atacar con preferencia al proletariado de la sociedad industrializada¹, lo que le confería categoría de enfermedad social. Por ello, además de suponer una merma de riqueza para el Estado, la tuberculosis significaba un grave peligro para la estabilidad del sistema social establecido. A pesar de ello, los esfuerzos para combatir la enfermedad se habían dejado prácticamente en manos privadas hasta que con la instauración de la Segunda República se asumió como un problema de grave trascendencia social² y, por tanto, recayó como una competencia directa sobre el Ministerio de la Gobernación³.

Durante la guerra civil el hacinamiento de la población y la escasez de alimentos se hicieron mayores, y agravaron las condiciones de propagación de esa endemia que por entonces causaba 33.000 muertes anuales⁴. En 1940, la escasez de algunos alimentos básicos, como la harina, el aceite y el azúcar, y de otros artículos, como el tabaco, obligó a introducir la famosa cartilla de racionamiento, que perduraría hasta 1952⁵. A la desnutrición se sumaba la inexistencia de fármacos eficaces contra la tuberculosis y de instalaciones suficientes para alojar a los afectados por la enfermedad.

En estas circunstancias la construcción de sanatorios con el doble propósito de curar a los recuperables y aislar a los incurables aparecía como la mejor actuación posible, y se decidió poner en marcha el Plan de Construcciones del Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis.

Las escasas actuaciones contra la tuberculosis acometidas desde principios de siglo habían tenido unos resultados muy pobres. En la inestabilidad política del primer tercio de siglo fue imposible una acción coherente para atajar la enfermedad. La primera data del gobierno de Maura, consistente en transformar antiguos lazaretos inservibles de la costa en sanatorios marítimos⁶. Hasta la Segunda República el Estado dejó el asunto a la iniciativa privada con escasos presupuestos, que sin embargo logró en ocasiones efectos de propaganda notables. Así, el Sanatorio Marítimo de Chipiona, fundado por el Dr. Tolosa Latour en 1904⁷, influyó particularmente en la creación de una conciencia social frente al impacto de la enfermedad en los niños. En 1913, con el dinero recaudado el primer "Día de la Tuberculosis" celebrado en Madrid, la Liga

Sanatorio de la Fuenfria, en Guadarrama, Madrid. Antonio Palacios, 1921. Vistas desde el interior.



En la página anterior, sello del Real Patronato Antituberculoso anterior a la guerra.

¹ El 80% de los casos recaía en obreros con edades comprendidas entre quince y treinta y cinco años, y su incidencia estaba directamente ligada con las malas condiciones de vida, jornadas de trabajo demasiado prolongadas, alimentación inadecuada y viviendas insalubres. Véase Molero, Jorge. "Los Sanatorios para tuberculosos" en *Historia de los Hospitales*. Coleccionable de Revista El Médico, pág. 325-334.

² El 20 de mayo de 1931 se creó la Sección de Tuberculosis en la Dirección General de Sanidad. Los presupuestos para la nueva sección consumieron una tercera parte de las cantidades destinadas a sanidad durante la Segunda República. Véase *La Sanidad en la República; dos años de gestión*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de la Gobernación, 1933.

³ La Dictadura de Primo de Rivera puso al Patronato Antituberculoso de España en manos del Ministerio de la Gobernación, aunque sus actividades corrieron paralelas y fueron bastante escasas; en un caso, por falta de recursos, y en el otro, porque todavía no estaba entre las obligaciones sanitarias legales.

⁴ Véase *Catálogo de imágenes de la historia de la sanidad en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001, pág. 73-74.

⁵ Véase *Catálogo de imágenes*, pág. 74.

⁶ En 1903 se decidió la transformación de los lazaretos de Oza, en la Coruña, y de Pedrosa, en Santander, en sanatorios marítimos destinados a la curación de niños con tuberculosis óseas o ganglionares; el primero abrió sus puertas en 1909; el segundo, en 1916. A la vez se actualizaron las instalaciones de los lazaretos de Mahón y Vigo. Véase *Catálogo de imágenes*, pág. 58-61.

⁷ Véase *Catálogo de imágenes*. Pág. 58.

Nuevo Pabellón del Sanatorio Antituberculoso "Lago", en Tablada, Madrid; primer ejemplo español de terrassenbau. Amós Salvador y Manuel de Cárdenas, 1926.



Popular contra la Tuberculosis puso en marcha su Sanatorio de Húmera, a las afueras de Madrid⁸. El Real Patronato Antituberculoso⁹, también privado a pesar de su *status*, prosperó bajo distintos nombres hasta situarse como la principal institución del país en la materia después de la guerra, reconocida en la Ley de Bases de la Sanidad, de 1944¹⁰. Su primer edificio fue el Sanatorio de Valdelatas¹¹, de 1915, y durante la dictadura de Primo de Rivera abrió sanatorios para tuberculosos pulmonares en Tablada¹² y después en San Rafael, amplió el Sanatorio de Húmera¹³ e hizo los preventorios de Guadarrama¹⁴. Pero esa era toda la infraestructura gratuita existente en la época, atada a presupuestos precarios, para una lista creciente de espera de ingreso en los sanatorios¹⁵.

En los breves años de la Segunda República se inició un cambio que no llegó a modificar el incremento de las listas de espera¹⁶. Sin embargo, las actuaciones de lucha antituberculosa emprendidas en 1931 tuvieron cierta continuidad después de la guerra civil, como se verá. En todo caso, los gobiernos republicanos asumieron desde el primer momento su papel protagonista en la lucha contra la tuberculosis. Como primera medida se creó en el seno de la Dirección General de Sanidad una Sección de Tuberculosis¹⁷, a la que se destinó un tercio de los presupuestos totales

⁸ Véase *Historia de las Hospitales*, op. cit., pág. 328.

⁹ El Real Patronato Central Antituberculoso se fundó en 1908 por orden del Ministro de la Gobernación, Juan de la Cierva. Se inició como fundación privada, y estuvo presidida por la Reina Victoria Eugenia; el Estado participaba como un donante más. En 1938 pasó a denominarse Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, y poco después Patronato Nacional Antituberculoso.

¹⁰ Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. Base Séptima.

¹¹ El sanatorio de Valdelatas fue proyectado por Amós Salvador. Las obras comenzaron en 1915. Véase *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1926 a 1927. Año Tercero*. Madrid: Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 1927.

¹² El Sanatorio Lago, obra de Amós Salvador y Manuel de Cárdenas, fue construido por etapas entre 1924 y 1926. Véase *Arquitectura* 119 (1929), pág. 132-134.

¹³ El nuevo comedor del Sanatorio de Húmera fue proyectado por Manuel de Cárdenas. Véase *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1926 a 1927*, pág. 7.

¹⁴ Véase Palanca, José Alberto. "Ingenieros, arquitectos y Sanidad", en *Revista Nacional de Arquitectura* 2 (1941), pág. 1. En este artículo se cita erróneamente la construcción del Sanatorio de Valdelatas como una de las actuaciones de la Dictadura de Primo de Rivera. Las actas correspondientes a su inauguración, el día 25 de mayo de 1917, se guardan en el Museo de Sanidad e Higiene Pública, del Instituto de Salud Carlos III, situado en el Edificio del Reloj del Hospital del Rey, en Madrid.

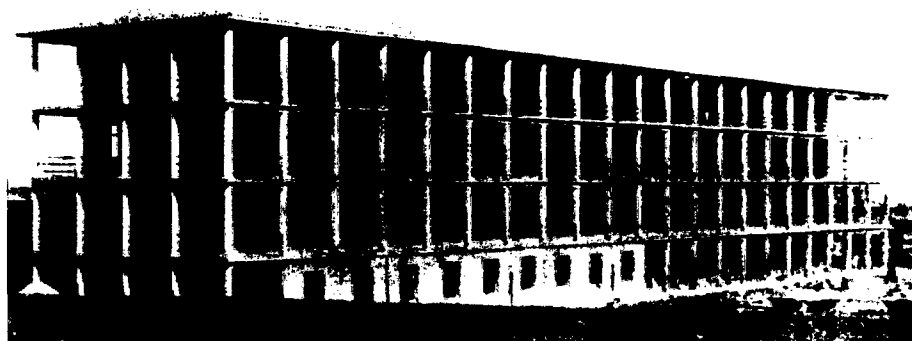
¹⁵ Véase *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928. Año cuarto*. Madrid: Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 1928.

¹⁶ En 1934 la lista de espera para los sanatorios del Estado ascendía a casi 5.000 solicitudes. Véase Molero Mesa. "Los sanatorios para tuberculosos", en *Historia de los Hospitales*. Coleccionable de la Revista El Médico, pág. 325-334.

¹⁷ Decreto de 20 de mayo de 1931 por el que se declararon disuelta la Junta Central Administrativa del Real Patronato de Lucha Antituberculosa y sin efecto los nombramientos de las personas que lo integraban; y por la que se dispuso que la organización de la Lucha antituberculosa, con todos sus servicios, pasara a depender directamente de la Dirección General de Sanidad.

A la izquierda, Dispensario Antitracomatoso de Lorca, Murcia. Segunda República.

A la derecha, Sanatorio Antituberculoso Iturralde, en Carabanchel, Madrid. Segunda República.



de Sanidad. Acto seguido, comenzó la construcción de una red de dispensarios y, a la espera de la ocasión favorable para acometer el grueso de la construcción de sanatorios, se organizó un cuerpo de enfermeras visitadoras con la misión de educar a los afectados para que ellos mismos y sus familias trataran de reproducir en su domicilio las condiciones higiénicodietéticas del sanatorio. Salvo honrosas excepciones¹⁸, los dispensarios de la República se instalaron sin el concurso de arquitectos en una multitud de pequeños locales de edificios existentes, pues la prioridad de estos establecimientos de primer orden en materia profiláctica era controlar *in situ* todo posible foco de infección.

Antes de terminar la contienda, el gobierno del General Franco comenzó su *cruzada* paralela contra la tuberculosis. El Movimiento Nacional, al que los combatientes añadieron el calificativo de "Glorioso", procedió a transformar el Real Patronato Antituberculoso, autofinanciado hasta entonces como fundación privada, en un organismo de corte marcial y alto presupuesto con cargo a los fondos del Estado rebelde. En su primera actuación el redominado Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis dio comienzo, en plena guerra, a la construcción de treinta y cinco sanatorios antituberculosos¹⁹ que no llegarían a ver a luz hasta mediados los años cuarenta, pero que debieron tener un efecto de propaganda inmediato para los sublevados. Acabada la guerra, el Patronato sustituyó a la antigua Sección de Tuberculosis republicana. El mando de la Dirección General de Sanidad se confió a José Alberto Palanca, que había ocupado ese mismo cargo en el Gobierno de Primo de Rivera y que desde 1936 era jefe del Servicio de Sanidad Nacional en el bando de Franco²⁰. La nueva Dirección General de Sanidad, como institución tutelar del Patronato, asumió la urgente construcción de sanatorios antituberculosos. Ahora era posible rectificar la política precipitada e ineficaz de la guerra, y actuar conforme a un plan de rango nacional. En noviembre de 1940 se aprobó la propuesta de construcción urgente de sanatorios antituberculosos para instalación de 20.000 camas²¹. En los presupuestos nacionales del ejercicio siguiente se consignaron 45 millones de pesetas para gastos ordinarios del Patronato, además de un presupuesto extraordinario de 178 millones destinado a la construcción de sanatorios²².

Sanatorio Antituberculoso de El Rebullón, Pontevedra. Proyectado en plena guerra civil.



¹⁸ El Dispensario Antituberculoso de Barcelona fue una excepción honrosa por su extraordinaria calidad como arquitectura, pero desde el punto de vista asistencial estuvo fuertemente contestado, ya que carecía de sentido centralizar toda la campaña de lucha contra la tuberculosis en una sola instalación. Para facilitar el control de la enfermedad el cuerpo de sanitarios recomendaba la instalación de centros a pie de los focos de infección en lugar de la centralización.

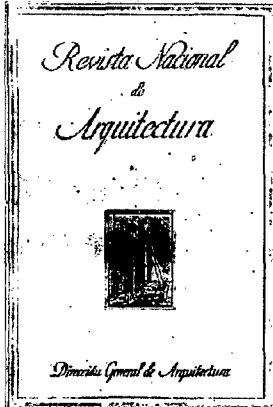
¹⁹ Véase Palanca, José Alberto. "Ingenieros, Arquitectos y Sanidad", en *Revista Nacional de Arquitectura* 2 (1941), pág. 1-2.

²⁰ El profesor José Alberto Palanca, Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina, Miembro de la Real Academia de Medicina y Funcionario del Cuerpo Médico de Sanidad, fue nombrado Director General de Sanidad en 1930, por el Gobierno del General Berenguer, y destituido en 1931, una vez instaurada la II República. Durante la guerra asumió la Jefatura del Servicio de Sanidad Nacional, y en 1939 recuperó el cargo de Director General, que desempeñó hasta 1957. Véase *Catálogo de imágenes*, op. cit. pág. 67-73.

²¹ Ley de 23 de noviembre de 1940, por la que se autorizó al Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis la construcción de sanatorios, con carácter de urgencia, para emplazamiento de 20.000 camas (Navarro, Ramón. *Evolución de la asistencia médica en España*. Apuntes inéditos, 1991)

²² Véase "Ingenieros, Arquitectos y Sanidad", en *Revista Nacional de Arquitectura* 2 (1941), pág. 1-2.

El Concurso del PNA



Portada del primer número de la Revista Nacional de Arquitectura, 1941.



Gran Cruz del Monumento Nacional a los caídos. Imagen tomada de NO-DO.

El Plan de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso había de ser una de las actuaciones estrella del Régimen durante esta primera etapa de posguerra. Por ello, las Direcciones Generales de Arquitectura y Sanidad, ambas adscritas al Ministerio de la Gobernación, se disputaron desde el primer momento la gestión del Plan²³. A comienzos de 1941 Palanca se introdujo en el terreno de su adversario, y en el segundo número de la *Revista Nacional de Arquitectura* solicitó la colaboración de los arquitectos. La Revista Nacional era la revista *Arquitectura*²⁴ de la Sociedad Central de Arquitectos, inédita desde 1936 y reeditada por la Dirección General de Arquitectura después de la guerra con nuevo nombre para denotar su carácter de publicación oficial de la arquitectura del Régimen. Era un matiz importante y la revista se haría eco de la propaganda de heroicas actuaciones promovidas por los próceres del Movimiento Nacional²⁵.

En su carta abierta a los arquitectos, Palanca exponía su “pensamiento en este espinoso asunto de relaciones entre los organismos oficiales de Sanidad y de Arquitectura”²⁶. Por un lado acreditaba el papel director tradicionalmente de su Departamento en materia de urbanismo, papel que en su opinión no debía delegar, aunque también apreciaba la necesidad de cordialidad y colaboración entre dos organismos de un mismo Departamento que debían auxiliarse y complementarse. Su propuesta para solucionar el asunto espinoso era que Sanidad administrara y pilotase el Plan, que sería corregido y visado por Arquitectura.²⁷

Al frente de la Dirección General de Arquitectura se encontraba Pedro Muguruza, que en plena guerra había ocupado la Comisaría General del Servicio de Defensa del Patrimonio Artístico Nacional dependiente de la Jefatura Nacional de Bellas Artes. La Dirección General creada en septiembre de 1939²⁸ se había dividido en tres secciones, Urbanismo, Mejoramiento de la vivienda y Grandes obras oficiales. El Valle de los Caídos era el proyecto estrella de esta sección, pero lamentablemente no ofrecería a la Dirección General resultados tangibles en demasiado tiempo²⁹. Para la Dirección General de Arquitectura era un orgullo trabajar con la idea que vivía

²³ El presupuesto anual destinado a Sanidad en la década anterior a la guerra civil había rondado los diez millones de pesetas (véase “La Sanidad en la República”. Madrid : Publicaciones del Ministerio de la Gobernación, 1933). En 1941 fue de sesenta y nueve, de los que cuarenta y cinco se consignaron directamente para actuaciones del Patronato. Los veinticuatro millones restantes serían gestionados directamente por la Dirección General de Sanidad. Quien se hiciese con los 178 millones destinados a sanatorios vería muy incrementada su parcela de poder dentro del Ministerio de Gobernación.

²⁴ La revista *Arquitectura* fue fundada en 1918 como publicación oficial de la Sociedad Central de Arquitectos. Durante su primera etapa la revista mostró un interés particular por los asuntos sanitarios, que no volvió a repetirse. Ese era entonces un interés general, y animado dentro de la profesión por Ricardo García Guereta, entonces presidente de la Sociedad Central de Arquitectos, director interino de la revista y arquitecto de la Dirección General de Sanidad a cargo del proyecto del Hospital del Rey, en Madrid. Al terminar la guerra civil la revista fue tomada por el Ministerio de la Gobernación que le añadió a su nombre el calificativo “Nacional”.

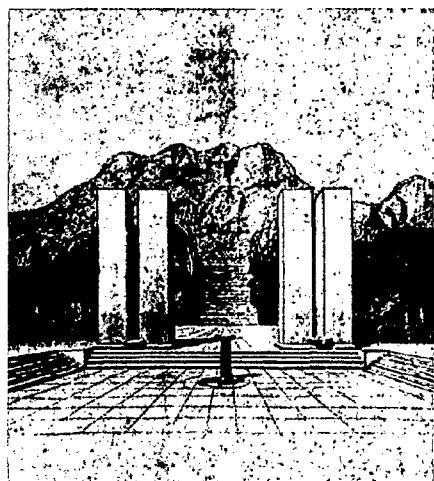
²⁵ La RNA dependió de la Dirección General de Arquitectura hasta el número 54-55, de junio/julio de 1946.

²⁶ Véase “Ingenieros, Arquitectos y Sanidad”, en *Revista Nacional de Arquitectura* 2 (1941), pág. 1-2.

²⁷ *Ibidem*, pág. 1-2.

²⁸ El 23 de septiembre de 1939 se creó por Ley la Dirección General de Arquitectura, de la que dependerán todos los Arquitectos y Auxiliares técnicos al servicio del Estado, diputaciones provinciales y municipios, y también las entidades colegiales o sindicales de las citadas profesiones. La nueva Dirección General quedó adscrita al Ministerio de la Gobernación.

²⁹ El enorme retraso de las obras del Valle de los Caídos produjo impaciencia e irritación en Franco, y grandes quebraderos de cabeza al arquitecto. Pedro Muguruza estuvo a cargo del proyecto y de las obras entre 1940 y 1949, pero una enfermedad que supuestamente derivó en Alzheimer le obligó abandonar la dirección. Le sustituyó su discípulo Diego Méndez, con probada autoridad para el encargo. Méndez había



*Dibujo del Monumento Nacional a los Caídos
previo al concurso para la Gran Cruz.*

en estado inmaterial en la mente del Caudillo³⁰ y que, una vez cristalizada, podría codearse con la torre de Babel o las Pirámides de Egipto³¹. Pero mientras tanto habría que rendir cuentas en el terreno de lo práctico, y el programa de construcciones del PNA no debía pasar por delante sin dejar sus frutos.

Dos años después, en marzo de 1943, la misma Revista Nacional de Arquitectura dio cuenta de la marcha del Plan de Construcciones Sanitarias del Patronato Nacional Antituberculoso en un breve pero denso texto de presentación de un Concurso de Anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos. Sobre el asunto espinoso mencionado por Palanca, se aclaraba que había sido necesario organizar una Sección de Arquitectura en el seno del Patronato Nacional Antituberculoso, sección que trabajaba en colaboración íntima con el Servicio Médico, aunque había “pasado a depender recientemente de la Dirección General de Arquitectura”³². Pronto Muguruza se haría también con el resto de obras de construcción de la Dirección General de Sanidad³³.

Para organizar su Plan de Construcciones el Patronato había organizado el territorio en diez regiones peninsulares, tres insulares y el Protectorado de Marruecos y demás posesiones africanas³⁴. Hasta la fecha el número de camas instaladas era de 5.755, y otras 10.245 estaban en construcción o proyecto. Esas 16.000 camas totales completarían la primera etapa del programa de construcciones, en breve plazo según las optimistas previsiones del redactor del texto. Por el momento se habían emprendido actuaciones de conservación, ampliación y mejora de dotaciones existentes y, en menor proporción, proyectos y obras de nueva planta. Estas últimas obedecían ya a un plan de necesidades y a un programa confeccionados por el Servicio Médico Central, al que cada región había aportado datos y nociones concretas para sus respectivas instalaciones.

El concurso de anteproyectos de sanatorios se convocó para proporcionar al Servicio de Construcciones del Patronato unos tipos de sanatorio que luego se preveía desarrollar con ligeras variantes en las distintas regiones españolas, como así se hizo. Las bases del concurso fueron aprobadas y publicadas en agosto de 1942. Se pedían soluciones de sanatorios de 200, 300 y 400 camas para las tres principales áreas climáticas del país, zona norteña, meseta castellana y el área andaluza y del litoral mediterráneo. Salvo excepciones, no se previeron sanatorios mayores de seiscientos camas³⁵ porque su gestión conllevaba una gran dificultad administrativa y plantillas demasiado numerosas, ni menores de 200 camas considerados poco rentables. El concurso se ocupaba del proyecto asistencial más necesario, el sanatorio quirúrgico pulmonar, aunque no se descartaba la construcción de algún sanatorio osteoarticular u otras formas asistenciales de lucha contra la enfermedad, como dispensarios o preventorios. En las instalaciones del Patronato se prestaría atención indistintamente a enfermos de ambos sexos y de todas las edades, aunque cada grupo estaría convenientemente separado del resto. Por otro lado, se trataba de proponer sanatorios genéricos para cada zona. Aún así, se aportaban consideraciones para elección de solares. Por lo común, se requería una mínima distancia de las poblaciones, para evitar polémicas sobre contagio

adaptado para Franco el Castillo de Viñuelas y el Palacio del Pardo, que había resultado muy dañado durante la guerra civil. Más tarde se encargaría de la restauración de otros edificios históricos como los monasterios de Las Huelgas y El Escorial y los Palacios la Zarzuela y La Moncloa.

³⁰ Véase Tranche, Rafael R.; Sánchez-Biosca, Vicente. NO-DO. El tiempo y la memoria. Madrid : Ediciones Cátedra, 2002, pág 499.

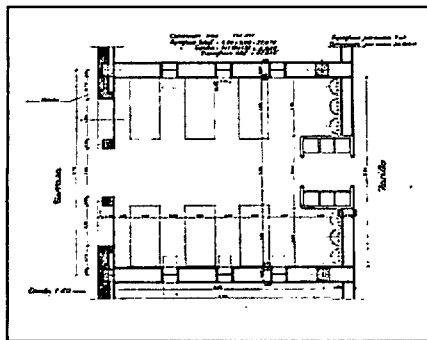
³¹ En *Informes de la Construcción* 116 (1958) se señalaban los modelos que habían inspirado al conjunto de Cuelgamuros. “El primer precedente en la historia de la Humanidad sería la torre de Babel, si de ella conociéramos algún dato cierto; pero en su ausencia hemos de considerar como primer precedente las Pirámides de Egipto”.

³² Véase “Plan de Construcciones Sanitarias del Patronato Nacional Antituberculoso” en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943).

³³ Por Orden ministerial de 5 de noviembre de 1945, y a propuesta de la Dirección General de Arquitectura, se dispuso que la plantilla de arquitectos al servicio del Patronato Nacional Antituberculoso interviniesen técnicamente en cuantos asuntos dependieran de la Dirección General de Sanidad.

³⁴ El Plan de construcciones del Protectorado se organizó con independencia del resto.

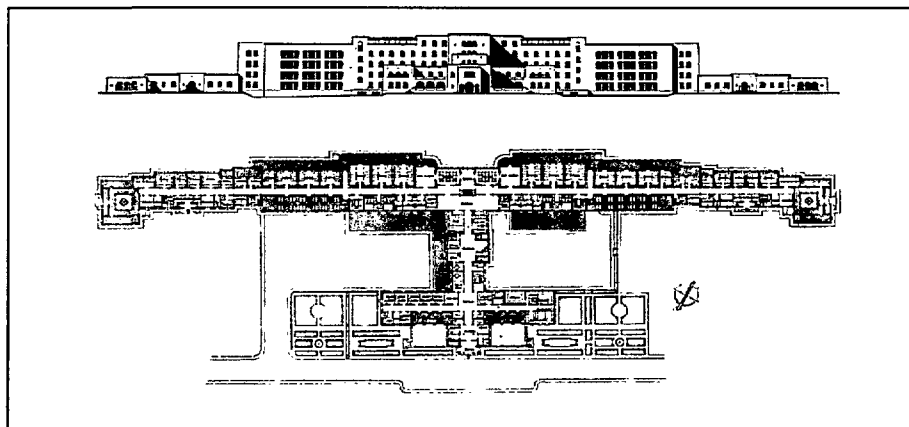
³⁵ El Patronato contaba con cinco o seis grandes sanatorios, algunos heredados y otros en ejecución, situados en las proximidades de las mayores poblaciones del país.



Concurso de Anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos. Primer premio. E. Ripollés, A. Botella, S. Vilata y A. Arroyo. Planta de habitación para 6 camas.

y a la vez facilitar la visita de familiares, reducir gastos de mantenimiento y prescindir de viviendas para el personal. También se tendrían en cuenta condiciones de altitud, orientación, vistas y tranquilidad del lugar.

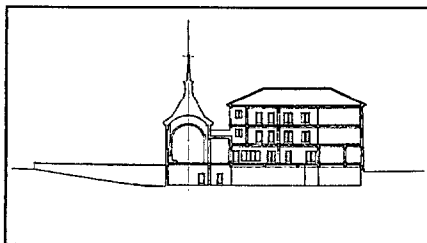
El primer premio de los tres tipos y zonas fue adjudicado por unanimidad al equipo formado por Ernesto Ripollés, Aurelio Botella, Sebastián Vilata y Ambrosio Arroyo³⁶. Los arquitectos habían presentada en primer lugar criterios genéricos para la construcción de un sanatorio, “lo que la moderna terapéutica alemana ha definido como hospital especial para tuberculosos”, decía. El proyecto aportaba una gran cantidad de datos referentes a programas y protocolos funcionales, esquemas de organización, superficies y cubos de aire de las diversas piezas. Mostraba plantas, alzados y secciones de los tipos propuestos para doscientas, trescientas y cuatrocientas camas, concretados respectivamente para el caso norteño, mediterráneo y castellano. Los autores introducían algunas variaciones, tanto funcionales como formales, en atención a la diversidad geográfica. Así, para la zona norteña proponían la supresión de galerías de cura delante de todas las habitaciones de enfermos, excepto en las de aislados, asegurando la entrada de rayos de sol a las habitaciones durante todo el año. En tal caso las curas de sol se desplazaban lejos de las habitaciones, a salas de reposo muy acristaladas en los extremos del edificio. Por su parte, los sanatorios proyectados para la zona castellana y andaluza se proveían de galerías de cura hacia el sur, delante de las



Concurso de anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos. Sanatorio de 300 camas para Andalucía y Litoral Mediterráneo. Primer premio. E. Ripollés, A. Botella, S. Vilata y A. Arroyo. Alzado norte y planta baja.

habitaciones, y también hacia el norte, para curas de aire en verano, excepto en los tramos pediátricos, cuyas galerías se desplazaban a los extremos del edificio, dispuestas en ángulo en el caso castellano y configuradas en torno a un patio en el andaluz. Aparte de las diferencias funcionales, los autores consideraron oportuno dotar de figuración y texturas diferentes a las propuestas para cada zona geográfica. Revoco y piedra, cal o ladrillo, cubiertas inclinadas o planas, o ventanas de arco eran tópicos que pretendían entroncar en la tradición local, y hubieran sido razonables de acudir a la construcción rural. Pero no fue ese el caso y dadas las prisas del programa de construcciones del Patronato, las obras se encargaron a empresas solventes de escala nacional.

Concurso de anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos. Sanatorio de 200 camas para Zona de meseta castellana. Segundo premio. E. Ovilo y M. Sánchez Conde. Sección por Capilla.



El segundo premio se adjudicó a Enrique Ovilo y Llopis y a Miguel Sánchez y Conde³⁷. Su propuesta de sanatorio tipo de 200 camas para la meseta castellana, se organizó sobre el habitual trazado en planta de avión bimotor, pero según una extraña fórmula de reparto. Aquí el área clínica se situó en una de las alas del avión y no en la posición habitual de cola, ahora ocupada por una capilla bajo la cual se dispuso a modo de cripta el depósito de cadáveres. El protagonismo de la capilla en la composición, confirmado por su aparatosa cubierta de chapitel herreriano, era adecuado para obtener la aprobación de los órganos eclesiásticos que en la posguerra

³⁶ Véase “Concurso de anteproyectos de sanatorios antituberculosos. Primer premio”, en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943).

³⁷ Véase “Concurso de anteproyectos de sanatorios antituberculosos. Segundo premio” en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943).

presidieron la vida pública española, pero incomprensible en los términos funcionales prioritarios para el proyecto de un sanatorio que vería descompensado su esquema de circulaciones.

La tercera propuesta premiada, presentada por Regino y José Borobio, fue la única entre las seleccionadas que prescindió de alusiones a estilos. Los Borobio presentaron un anteproyecto de sanatorio de 300 camas para la meseta castellana, también en planta de avión, pero en la línea entonces censurada de los sanatorios modernos de los años treinta. La mayor parte de su fachada sur estaba construida a base de

Concurso de anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos. Sanatorio de 300 camas para Zona de meseta castellana. Segundo premio. R. borobio y J. Borobio. Perspectiva del alzado principal.



Dedicatoria de Franco a los combatientes alemanes. 1939.

grandes superficies de vidrio, delgadas terrazas en voladizo y toldos también muy grandes y despegados de fachada. Esa combinación de elementos le proporcionaba una ligereza poco común. Su frente norte era, razonablemente, más opaco, pero mantenía la misma sencillez de composición. Cada volumen de esa fachada tenía su propio ritmo de vano y macizo, siempre muy uniforme pero variando de acuerdo su contenido. Como se ha dicho, ésta era la única propuesta entre las publicadas que desatendía la caracterización geográfica y decorativa tan de rigor en los proyectos de aquel tiempo. Durante la etapa de la cartilla de racionamiento, o de aislamiento internacional, la profesión no halló la respuesta a su incertidumbre sobre cuestiones de estilo que durante la república había comenzado a vislumbrarse. La añoranza de tiempos imperiales y la tradición como inercia que todavía operaba en las obras anónimas de constructores locales actuaron también sobre los grandes proyectos de firma, aún cuando ya se sabía que era disparatado plantear los métodos del pasado.

Por eso no es de extrañar que la misma publicación que daba cuenta de la marcha del Plan de Construcciones del Patronato y del concurso de anteproyectos de sanatorios abriera su sumario con el artículo titulado “¿Qué estilo arquitectónico se adapta mejor al carácter de Madrid?”³⁸. La revista celebraba el “IV aniversario de la liberación de Madrid” con la opinión de “un escritor ilustre” sobre el asunto³⁹. El autor del artículo hacía una descripción histórica de los estilos madrileños, sus luces y sombras, y reconocía su pobreza y fealdad frente a ciudades como Roma, París, Nueva York, San Petersburgo, Florencia o Venecia, pero hacía a la Villa de las “chulas barriobajeras” acreedora de “un supremo encanto, muy suyo y único, eminentemente espiritual: el cielo altísimo y la luz prodigiosa que diríase increada, claridad de meseta serrana, resplandor plateado e intenso, sin velos de neblina, que perfila los paisajes con detalle de miniatura, descubriendo su verdad entera.”⁴⁰ Y esto para concluir que “al señalar una principal dirección arquitectónica para el futuro de Madrid, quisiéramos vaciarla en los moldes de nuestro risueño siglo XVIII”. Es decir que, para Madrid, nada como Villanueva.

Por su parte, el Director General de Arquitectura ya había mostrado en varias ocasiones su arcaica y ruda opinión sobre racionalismo y tradicionalismo. Su instinto le permitía constatar una oposición radical entre el primero, vinculado al marxismo

³⁸ Véase en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943) pág. 105, 156 y 157.

³⁹ Firmaba el artículo Melchor de Almagro San Martín. *Ibidem*, pág. 105.

⁴⁰ *Ibidem*, pág. 157.

y a "representantes de una raza desarraigada (Gropius, Taut, Mendelsohn)"⁴¹, y el segundo, con fuente "en la España Imperial iniciada con los Reyes Católicos, cuando se había formado una parte fundamental del arte español por influencia y aportación directa de artistas italianos, flamencos y alemanes"⁴². Xenófobo aunque hiperdotado, Muguruza sentía una especial sintonía con los arquitectos del Tercer Reich, como puede desprenderse de este fragmento de un discurso pronunciado poco antes de la entrevista de Hendaya entre el Führer y el Caudillo. La declaración de neutralidad de España en la guerra no templaría el juicio del Director General de Arquitectura⁴³, que fue un entusiasta defensor de una arquitectura de exaltación nacional. La expresión más radical de esa postura se guardó para el lugar de reposo de los mártires y héroes de la cruzada de liberación. Otras obras oficiales sujetas a presupuestos y a plazos, como las del Patronato Nacional Antituberculoso, tuvieron que manejarse con lecturas moderadas de la tradición, lecturas que continuaron flotando en el aire español durante el franquismo y que siguen instaladas en el inconsciente colectivo, como demuestran los encargos particulares de gentes de éxito, banqueros, gobernantes y príncipes.

A la izquierda, Hitler y Franco en Hendaya durante la Segunda Guerra Mundial.

A la derecha, reclusos trabajadores en la construcción del Monumento Nacional a los Caídos.



Alzado General del Monumento Nacional a los Caídos en el Barranco de Cuelgamuros, Guadarrama, Madrid. Versión de Pedro Muguruza sobre la idea del monumento "personalmente forjada por el Caudillo", con la Gran Cruz todavía en "estado inmaterial".



⁴¹ Véase Muguruza Ontaño, Pedro. *Arquitectura popular española*. Conferencia pronunciada en el Salón de Actos de la Exposición de la Reconstrucción de España, el 26 de junio de 1940. Madrid : Dirección General de Regiones Devastadas y Reparaciones, 1940, pág 14.

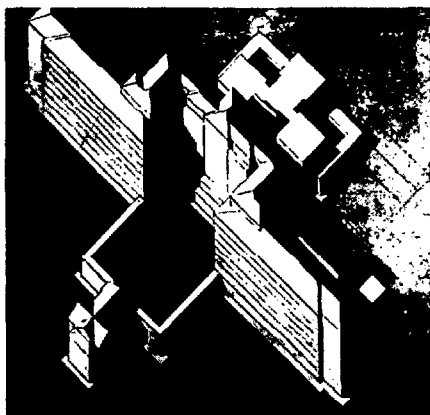
⁴² Ibid. Pág. 19.

⁴³ En la primavera de 1942 tuvo lugar una exposición sobre arquitectura contemporánea hispano-alemana. Su promotor, Pedro Muguruza, dio cuenta de ella en el diario *Arriba* de 9 de mayo de 1942: "Las nuevas arquitecturas de España y Alemania son paralelas al pensamiento político. En la fiel traducción del espíritu del III Reich, alcanza la nueva arquitectura germana el grado más alto de su función social. El nuevo estilo de las construcciones en España es consecuencia lógica de una voluntad y un pensamiento colectivo. En el planteamiento y solución de estos problemas existe una clara coincidencia entre los dos países". Citado por Daniel Sueiro en *La verdadera historia del Valle de los Caídos*. Barcelona: Sedmay, 1976, pág 68.



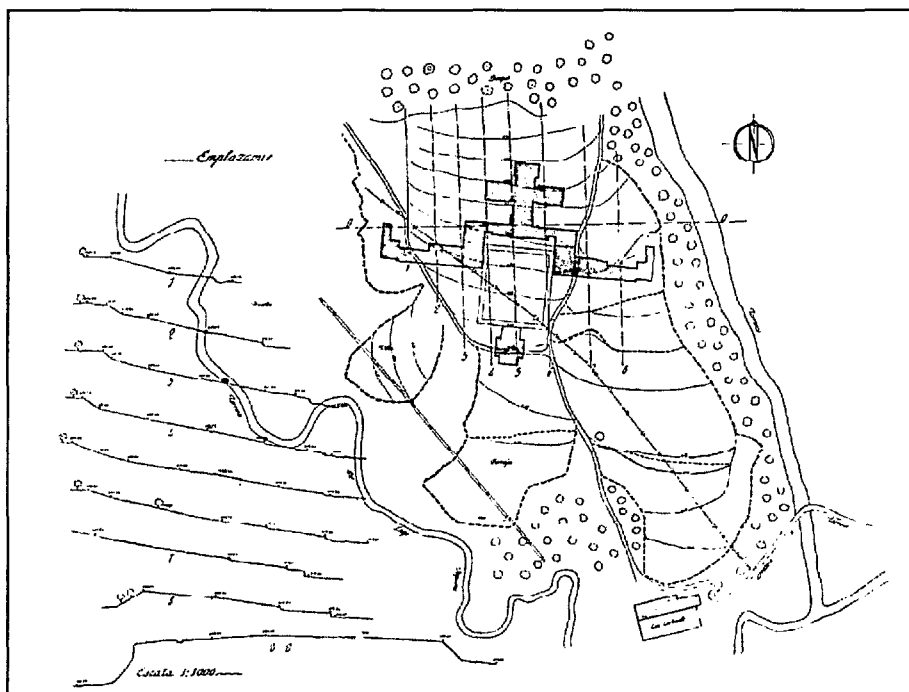
I. SOLANAS CURATIVAS. LOS SANATORIOS DEL PNA

El icono del Plan: un sanatorio en Tarrasa



Sanatorio de Tarrasa, Barcelona. E. Ripollés, S. Vilata, A. Arroyo y E. Nueda. Perspectiva y plano de emplazamiento.

Recién aprobada la Ley de Bases del PNA⁴⁴ y nada más terminar el concurso comenzaron las obras de varios sanatorios tipo. Todos ellos se ajustaban con leves variantes a los proyectos premiados. En septiembre de 1944 la Revista Nacional de Arquitectura informaba sobre la marcha de uno de los primeros sanatorios del Plan, el Sanatorio de Tarrasa⁴⁵. Era excepcional por su tamaño: 1500 camas para enfermos pulmonares, frente a las 200, 300 o 400 que la Comisión Permanente del Patronato había previsto inicialmente para sus sanatorios. Quizás al programarlo, en vez de tres o cuatro centros menores, pesase el efecto de propaganda para el Régimen. El Sanatorio de Tarrasa, el más emblemático del Plan de Construcciones del PNA, se situaba a treinta y tres kilómetros de Barcelona, capital de la extinta Generalitat. Estaba redactado por tres de los cuatro arquitectos galardonados con el Primer Premio del concurso citado, Ripollés, Vilata y Arroyo. Junto a ellos firmaba también Eduardo Nueda, que había sustituido a Botella en el equipo. El edificio se



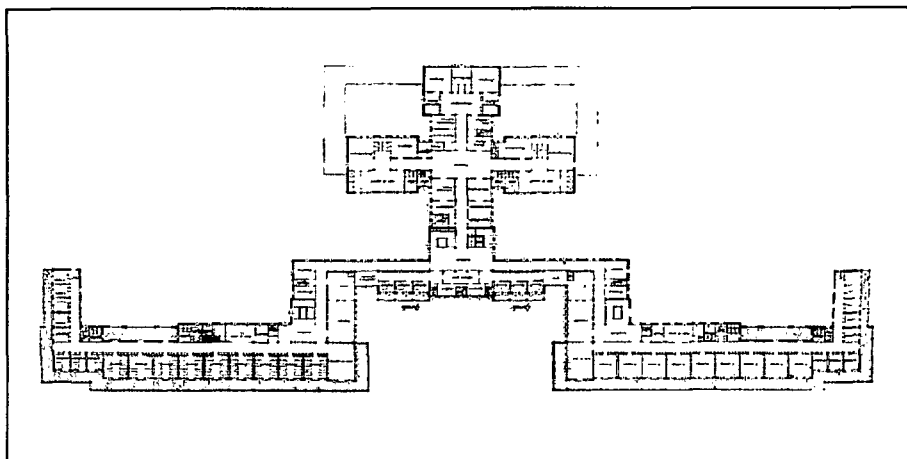
implantaba a una altitud de 400 metros sobre una ladera suave, soleada, exenta de nieblas y protegida de los vientos dominantes. Desde allí llegaba a divisarse el mar Mediterráneo; en fin, era el emplazamiento ideal. Como se trataba de un proyectar un edificio de gran tamaño en una ladera sin edificaciones próximas, su implantación debía cuidarse especialmente para causar el menor impacto posible, si bien el proyecto debía ajustarse a los trazados generales definidos en el concurso, con variaciones y ajustes. Como primera medida, se interpuso la máxima distancia entre el cuerpo de entrada al edificio y el voluminoso bloque de hospitalización; así pudo aprovecharse el desnivel existente para situar el acceso principal del edificio a un nivel intermedio y disponer unidades de hospitalización por debajo de este nivel, suavizando considerablemente el perfil del edificio sobre la ladera. Para construir

En la página anterior, galería de reposo del Sanatorio Generalísimo Franco, Bilbao. Eugenio Aguinaga.

⁴⁴ Ley de 13 de diciembre de 1943 de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso.

⁴⁵ Véase "Proyecto de Sanatorio en Tarrasa (Barcelona)", en *Revista Nacional de Arquitectura* 33 (1944).

el cuerpo de hospitalización ladera abajo, se dividió en dos secciones independientes en planta de C, una para hombres y otra para mujeres, separadas por la zona de control de planta y el área de cuidados intensivos. Con la misma intención de suavizar el perfil del edificio la capilla también se sacó hacia el valle sobre el eje de entrada del edificio, tan abajo que hubo de diseñarse un artificioso claustro para comunicarla con el hospital al nivel del coro. Tal esfuerzo se comprende en los



Sanatorio de Tarrasa, Barcelona. Planta tipo.

primeros años del NO-DO⁴⁶, cuando la Iglesia había adquirido una presencia inevitable en inauguraciones de cursos, hospitales o carros de combate, y también en las obras de arquitectura. En Tarrasa las áreas de administración y de servicios clínicos se mantuvieron en el pabellón de entrada, según el trazado en cruz del concurso. Además ese cuerpo perdió parte de su programa y pudo racionalizar su distribución, pues no era necesario incluir alojamiento para el personal dada la proximidad del centro a la ciudad, a sólo tres kilómetros.

⁴⁶ Los *Noticiarios y Documentales cinematográficos*, NO-DO sustituyeron en 1942 al *Noticiero Español*, creado en plena guerra con objeto de exaltar las hazañas bélicas de los Nacionales y ridiculizar las acciones del denominado bando rojo. Terminada la guerra ese enfoque agresivo ya no era necesario, y NO-DO se dedicó a mostrar la parte más ligera y atractiva del franquismo: la de las inauguraciones, de los bailes regionales, del papel de la mujer visto por la Sección Femenina, o del Caudillo en familia, dirigiendo a los españoles un trascendental discurso o velando por los designios de España.

Precaución, estrenos del Patronato. Valdelatas, Alcohete y Santa Marina

En el mismo número de la Revista Nacional de Arquitectura se hacía propaganda de tres sanatorios recién terminados pertenecientes a la remesa de treinta y cinco anterior al Plan. Se trataba de las dos remodelaciones ejecutadas por Aurelio Botella en los viejos sanatorios de Valdelatas (Madrid) y Alcohete (Guadalajara), y del nuevo sanatorio de Santa Marina (Bilbao), obra de Eugenio Aguinaga. El órgano de propaganda de la Dirección General de Arquitectura debía aprovechar esos estrenos. Se trataba, sin embargo, de estrenar sanatorios antituberculosos y no una feria. Los antituberculosos todavía se consideraban como focos de propagación de la enfermedad más que como centros de curación. Por ello, a la hora de decidir su emplazamiento se había tenido la precaución de guardar unas distancias prudentiales con las capitales de provincias en las que su instalación habría tenido resultados negativos de propaganda.



*Galería de reposo del Sanatorio de Valdelatas,
Madrid, hacia 1945.*

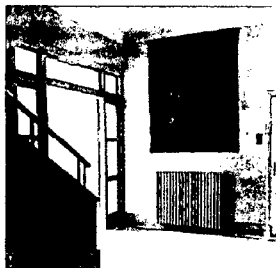
Cuando en plena guerra civil se decidió acometer su obra de ampliación y reforma, el Sanatorio de Valdelatas presentaba un estado tan ruinoso que de no haber sido el edificio más emblemático del extinto Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España probablemente se hubiese ordenado su demolición. Sin embargo se trataba del primer sanatorio construido por la Institución a la que se pretendía devolver el protagonismo de la lucha contra la tuberculosis tras el paréntesis de la etapa republicana. En su día, la propia Reina Victoria había oficiado el acto de colocación de la primera piedra como presidenta de honor del Patronato⁴⁷. El arquitecto Amós Salvador, autor altruista del edificio original⁴⁸, había logrado poner en pie su proyecto con una economía de medios que, si bien batió el récord para esta clase de establecimientos⁴⁹, propició su ruina prematura. También había sufrido desde

⁴⁷ Véase *Catálogo de imágenes*, op. cit., pág. 61.

⁴⁸ Véase *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928. Año Cuarto*. Madrid: Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 1928.

⁴⁹ Los dos primeros pabellones de este sanatorio, de 24 camas cada uno, costaron 365.844 pesetas (2.199 euros), lo que equivale a 7.621 pesetas por cama (45 euros). El coste habitual por cama en España en esas fechas era de unas 15.000 pesetas (90 euros), y en Europa, alrededor de 24.000 pesetas (144 euros). Véase *Lucha Oficial contra la tuberculosis. Campaña de 1926 a 27*, op. cit., pág. 6.

Sanatorio de Valdelatas, Madrid.
Reforma de A. Botella. Dos foto-
grafías del vestíbulo de entrada.



su inauguración⁵⁰ en mayo de 1917 numerosas actuaciones de ampliación y reforma⁵¹, siempre exiguas y al ritmo de contribuciones voluntarias. Sin embargo, en plena guerra se convino en olvidar esos datos y achacar la mala conservación del sanatorio a la decadencia republicana, haciendo de su arreglo aval del gobierno de salvación. Por ello, se decidió convertir a Valdelatas en uno de los antituberculosos más grandes de España, con 550 camas.

Todavía en plena guerra se construyeron con urgencia tres pabellones que aumentaron su capacidad en 216 camas. Esa primera actuación fue seguida por la más importante de adaptar y terminar un edificio a medio construir, como pabellón quirúrgico. Se resolvió según el esquema en planta de avión bimotor, con las alas destinadas a habitaciones de cuatro y dos camas, y con su correspondiente terraza de curas al sol, interrumpida en el centro por un comedor y en sus extremos por sendas habitaciones de seis camas. El cuerpo y los motores del edificio avión se dedicaron respectivamente a bloque quirúrgico con su unidad de cuidados intensivos superpuesta, y a cuartos de baño para los enfermos. El bloque de escaleras y ascensores compartía con las habitaciones la primera crujía del edificio, solución de excesiva proximidad a la entrada del edificio que hubiese sido inviable para un hospital de agudos, pero que, aun ajustada, era posible para un sanatorio, dado que el tiempo de estancia media, entonces en un caso de 25 días y en el otro de 350, es inversamente proporcional al número de visitas de allegados de pacientes al hospital. Dos de los tres pisos del Sanatorio de Valdelatas se destinaron a enfermerías, una para cada sexo, con una capacidad total de 108 camas, una vez incluidas las de cuidados intensivos. En el piso bajo se dispusieron los servicios generales y clínicos. El edificio se resolvió con una gran economía de medios y con una composición esquemática que solo valoraba el juego entre llenos y vacíos de las galerías y los cuerpos de fábrica. El único elemento constructivo "extraordinario" de proyecto fue una terraza descubierta que permitió destacar el cuerpo central del pabellón por encima de la sencilla cubierta de teja. Su equipamiento fue igualmente espartano; un *repostero* de la insignia nacional, absurdamente situado sobre un radiador en el vestíbulo de entrada, y un pequeño *Sagrado Corazón* colocado bajo las escaleras, acentuaban la austeridad presupuestaria del sanatorio, dando un toque provinciano a la actuación.

El sanatorio de Alcohete⁵², en Guadalajara, de tiempos de la Dictadura de Primo de Rivera, se había construido también por iniciativa del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España sobre unos terrenos donados por el Conde de Romanones⁵³. En los años cuarenta el objetivo prioritario del Patronato en todas sus



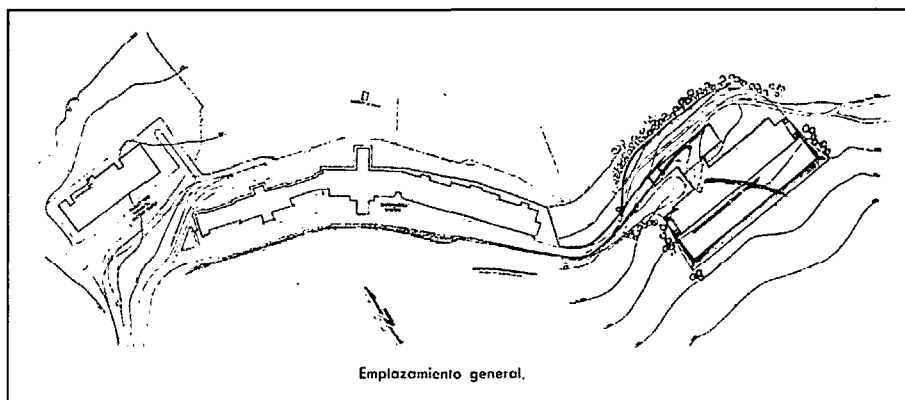
Sanatorio de Alcohete, Guadalajara. A. Botella.
Fotografía.

⁵⁰ Véase *Catálogo de imágenes*, op. cit., pág. 61.
⁵¹ Véase *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928*, op. cit. (1928).
⁵² Véase "Obras de Reparación y Ampliación del Sanatorio de Alcohete (Guadalajara)" en *RNA* 33 (1944)
⁵³ Véase *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928. Año Cuarto*. Madrid : Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 1928, pág. 7.

ción por edad y sexo bien vistos por la sociedad de posguerra. En esta ocasión el Patronato había tenido posibilidad de buscar un emplazamiento con las condiciones adecuadas⁵⁸, y después de barajar trece posibles emplazamientos se eligieron unos terrenos cercanos al antiguo Sanatorio *Briñas*, a sólo 4 kilómetros de la ciudad.

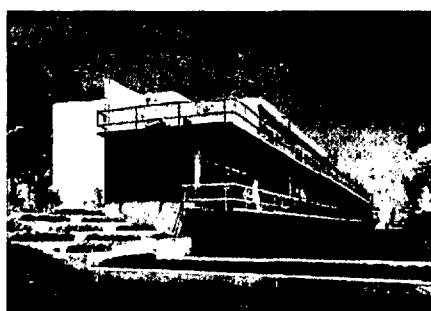
Con la red de dispensarios prácticamente tejida durante la República⁵⁹ y la adición de nuevas edificaciones junto al Sanatorio *Briñas*, las necesidades de la provincia en lo relativo a lucha antituberculosa iban a quedar perfectamente cubiertas. El Sanatorio *Generalísimo Franco*, de 330 camas, se destinaría solo a hombres, y las 260 camas del Sanatorio *Briñas* se asignarían solo a mujeres; por su parte el nuevo Sanatorio Infantil *Victor Tapia*, con setenta camas y situado también en el

Conjunto sanatorial de La Marina, Bilbao. Plano de emplazamiento. A la izquierda, Sanatorio Victor Tapia, infantil; en el centro, Enfermería Briñas, femenina; a la derecha, Sanatorio Generalísimo Franco, masculino.



mismo Monte de Santa Marina, completaría la oferta sanatorial de Vizcaya⁶⁰. La Enfermería *Briñas*⁶¹ se había proyectado en su momento según los principios contemporáneos de desarrollo horizontal; el autor de su última ampliación⁶², Gonzalo Cárdenas, había dado a cada uno de sus tres pisos una longitud de casi doscientos metros, lo que acarreaba algunos problemas funcionales y quejas continuas del personal, que se veía obligado a recorrer varios kilómetros cada jornada en sus idas y venidas de un lado al otro del sanatorio. La experiencia vivida llevó a proyectar el nuevo edificio con mayor compacidad.

Sanatorio de Lake County, Waukegan, Illinois. William Pereira, 1939.



Para desarrollar el proyecto la Delegación de Vizcaya del Patronato designó a uno de sus arquitectos vocales, Eugenio Aguinaga, y por exigencia del Gobernador Civil de Vizcaya, el proyecto debía realizarse en tres semanas⁶³. Con el fin de tomar ideas para la construcción del sanatorio, Aguinaga dirigió su atención, según comentó él mismo algunos años después⁶⁴, a los magníficos proyectos de Alvar Aalto para el Sanatorio de Paimio, de William L. Pereira para el Sanatorio de Lake County⁶⁵, y del tándem formado por Aizpurúa y Sánchez Arcas para el Hospital de San Sebastián; y también se fijó en la última ampliación del sanatorio *Briñas*, realizada por Cárdenas. Tanto este proyecto casero como el diseñado por Pereira en Waukegan, junto al Lago Michigan, se alejaban demasiado de la idea de compaci-

⁵⁸ El emplazamiento para la instalación del Sanatorio debía estar próximo a Bilbao, tener acceso fácil por carretera y ferrocarril, disposición de alojamiento próximo para el personal, estar a resguardo de vientos dominantes y en una cota intermedia para evitar las nieblas bajas y las persistentes nubes de las cumbres, en un paraje hermoso sobre una ladera bien orientada y con vistas panorámicas, con abastecimiento de todas clases asegurado, y lejos de fábricas y de posibles objetivos militares.

⁵⁹ Desde el término de la Guerra civil la única actuación sanitaria en la provincia había sido hasta el momento la ampliación del Dispensario de Ledo-Arteche.

⁶⁰ La dotación de camas del "Victor Tapia" se aumentó poco después con treinta nuevas camas. Véase "Ideas generales a tener en cuenta en la construcción de sanatorios antituberculosos de beneficencia y su aplicación en el caso del Sanatorio del Generalísimo Franco, de Bilbao, por el arquitecto Eugenio Aguinaga", en *RNA* 126 (1952), pág. 32-50.

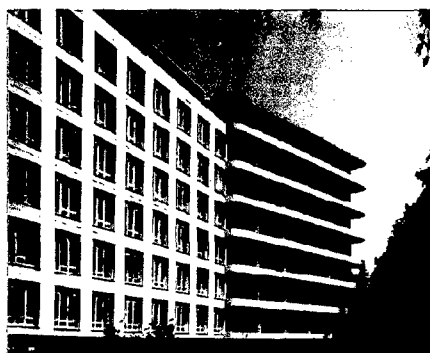
⁶¹ En 1930, para nombrar los sanatorios se utilizaban indistintamente los términos sanatorio y enfermería.

⁶² En plena Guerra Civil el sanatorio se amplió con un nuevo brazo proyectado por Cárdenas.

⁶³ Casualmente en esas fechas Aguinaga estaba mudándose de casa.

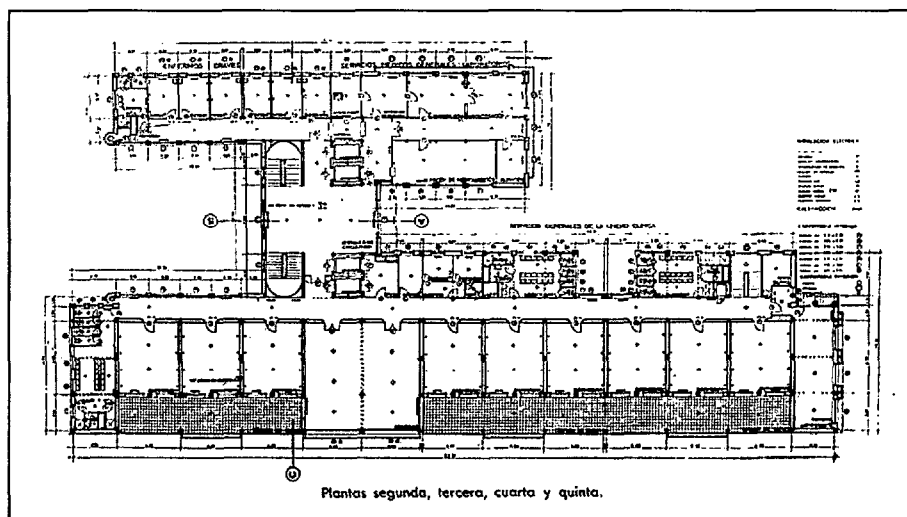
⁶⁴ Véase "Ideas generales...", art. cit., en *RNA* 126 (1952), pág. 33.

⁶⁵ El sanatorio de Waukegan, en Illinois al borde lago Michigan.



dad impuesta al sanatorio *General Franco*, por lo que debieron descartarse pronto como modelos a seguir.

El arquitecto vocal del Patronato debió valorar también que hasta la fecha su mayor éxito se lo había dado el Concurso para Instituto de 2ª Enseñanza de Cartagena, realizado precisamente en colaboración con el líder del grupo Norte del GATEPAC, José Manuel Aizpurúa⁶⁶. Por ello parecía obligado que ahora se fijase en la propuesta de Hospital de San Sebastián realizada por su paisano junto a Sánchez Arcas, Labayen y Lagarde. También parecía obligado desde 1932⁶⁷ el estudio del Sanatorio de Paimio, al menos para todo arquitecto con intenciones modernas y a cargo de un sanatorio antituberculoso ; y, a pesar de la voluntad antimoderna que dominó en España durante la primera posguerra, Aguinaga no había perdido la referencia, aunque en esta ocasión estuviera poco acompañada por la destreza. En todo caso, el esquema de Paimio de los dos bloques de contenido y dimensiones diferentes intercomunicados por un ves-



Sanatorio Generalísimo Franco, Bilbao. Eugenio
Aguinaga. Planta tipo.

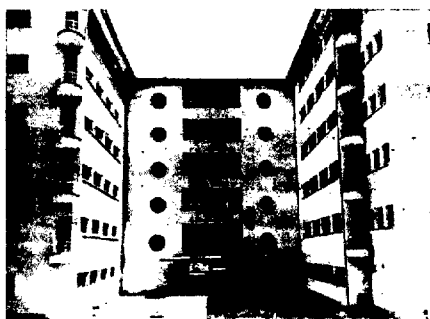
tíbulo de entrada, atrajo al vocal Aguinaga, quien confesaba querer hacer un proyecto articulado que escapase de las simetrías utilizadas habitualmente en los sanatorios⁶⁸. Además, el recurso de la simetría estaba justificado en los sanatorios mixtos, como estrategia de separación de sexos, pero no en el sanatorio del General Franco, que se destinaria sólo a varones. Aguinaga adaptó el esquema de Paimio a su programa, pero la solución del estrecho bloque de hospitalización aaltiano se adaptaba mal a la compacidad impuesta aquí, por lo que elaboró una variante de la unidad clínica del pabellón de tuberculosos del hospital donostiarra de Aizpurúa.

El nuevo sanatorio de hombres proyectado por Aguinaga debía insertarse a continuación de la Enfermería *Briñas* y a su misma cota, y se aceptó también desarrollar longitudinalmente el nuevo edificio en paralelo con la ladera, tal como se había hecho de manera razonable en aquella. Como la pendiente del terreno era bastante pronunciada y el nuevo edificio compacto tenía un fondo considerable, se hicieron trabajos de desmonte y explanación, quizás algo menores de los que pedía el edificio, que quedó algo encajonado contra el monte. Sobre ese lugar Aguinaga resolvió el programa funcional del edificio con plantas bastante consistentes, pero que encerraban algunos lapsos si, como dijo haberse impuesto el arquitecto, se trataba de desarrollar un proyecto articulado y asimétrico además de compacto. La compacidad se cumplió, pero no lo demás: los dos bloques del edificio se levantaron a igual altura, ocultando en buena medida el principio de articulación de los cuerpos funcionales; y se volvió al diseño simétrico de los cuerpos incluso forzando las

⁶⁶ Véase Bohigas, Oriol. *Arquitectura española de la II República*. Barcelona: Tusquets Editor, 1970, pág. 68-69.

⁶⁷ En 1932 se inauguró el Sanatorio Antituberculoso de Paimio, de Alvar Aalto.

⁶⁸ Véase "Ideas generales...", art. cit., en *RNA* 126 (1952), pág. 34.

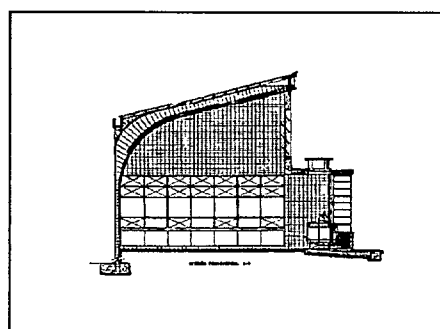
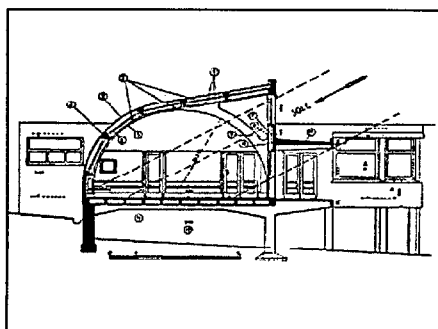


plantas y los alzados. La cubierta en *impluvium* hacia el patio abierto entre bloques terminó de abortar la jugada.

Los alzados del sanatorio siguieron un ingenuo estilo náutico, ya superado por Aguinaga y Aizpurúa en su proyecto del Instituto de 2ª Enseñanza, al que se añadieron algunos otros parches tomados de aquí y allá, como la marquesina de entrada, una versión acalambrada de la del Sanatorio de Paimio. Quizás todos esos defectos de diseño se debieron a las prisas del Gobernador Civil. El arquitecto utilizó otras referencias cultas para resolver su proyecto. Entre ellas destaca la magnífica sección de un pabellón de curas del Sanatorio *Roc des Fiz* en Passy⁶⁹, obra de Pol Abraham y Henry Le Mème, interpretada a su aire pero con resultados relativamente aparentes, en las cocinas de la Ciudad Sanatorial de Santa Marina, como se denominó finalmente al conjunto de los tres sanatorios.



Sanatorio Generalísimo Franco, Bilbao. Vista general.



A la izquierda, Sanatorio Roc des Fiz, alta Saboya, Francia. Paul Abraham & Henry Le Mème, 1933. Sección e interior de pabellón de enfermería.



A la derecha, Sanatorio Generalísimo Franco, Bilbao. Sección e interior del pabellón de cocina.



⁶⁹ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano : Ulrico Hoepli Editore, 1935; pág. 146-151

Desarrollo y clausura del Plan de construcciones del PNA

A comienzos de 1947 el Gabinete Técnico Central del Servicio de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso estaba compuesto por un arquitecto jefe, un arquitecto segundo jefe, cuatro aparejadores, cinco delineantes, cuatro auxiliares administrativos y dos mecanógrafos⁷⁰. Dependía directamente del Director General de Arquitectura, ahora Francisco Prieto Moreno⁷¹, y tenía asignados un equipo satélite de cinco arquitectos y un ingeniero, un arquitecto inspector de obras y tantos arquitectos y aparejadores a pie de obra como obras se estaban realizando⁷². Los proyectos de nueva planta construidos hasta la fecha se habían ajustado a los prototipos confeccionados tras el concurso de 1942, aunque finalmente las diversas regiones peninsulares, insulares y del protectorado se habían agrupado en seis zonas, cada una de ellas controlada por un arquitecto y dos aparejadores⁷³. A esas alturas el Patronato declaraba haber completado más de la mitad del Plan de Construcciones, 12.563 camas de las 21.000 ahora previstas⁷⁴. Se habían terminado 23 sanatorios de nueva planta, 9 pabellones rápidos, 10 sanatorios instalados en edificios adaptados y 7 sanatorios reformados, además de 3 dispensarios de nueva planta y 17 reformados⁷⁵.

Esta información sobre la marcha del Plan de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso se presentaba en el *Boletín de información de la Dirección General de Arquitectura* de marzo de 1947. La DGA había vuelto a editar su boletín en diciembre de 1946⁷⁶, poco después de traspasar la RNA a su antiguo dueño, el Consejo Superior de Colegios de Arquitectos de España⁷⁷. El nuevo consejo redactor de la revista colegial mantuvo el calificativo "Nacional" añadido su antiguo nombre a resultados de la guerra, pero dijo asumir un cambio de dirección en su línea editorial consecuente con su nueva adscripción a un organismo profesional y no político. En todo caso la publicación y su línea editorial quedaban bien atadas, ya que Pedro

⁷⁰ Véase "Servicio de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso", en *Boletín informativo de la Dirección General de Arquitectura* 2 (1947)

⁷¹ A comienzos de 1946 Prieto Moreno sustituyó a Pedro Muguruza como Director General de Arquitectura. Véase RNA 51 (1946)

⁷² El servicio de Construcciones era el encargado de redactar los nuevos proyectos, ampliaciones, reparaciones, adaptaciones, direcciones de obra, informes técnicos y tasaciones, preparación de concursos y subastas de obras, propuestas de adjudicación, formación de contratos de ejecución, redacción de los diversos pliegos de condiciones, confección de memorias, estudio de precios unitarios y descompuestos, informes de peticiones de pequeñas obras de instalaciones, tramitación de pedidos oficiales de materiales sujetos a restricciones, estudio de precios contradictorios, revisión, aprobación y tramitación de certificaciones, recepción provisional y definitiva de las obras terminadas, administración de las obras, etc. La oficina técnica destacada en cada localidad con obras del PNA era la encargada del levantamiento del plano del terreno, la redacción del proyecto en su presupuesto y, ocasionalmente, en sus planos, la dirección de obra sobre el terreno y la liquidación de la misma.

⁷³ La zona I era Galicia y Asturias; zona II, Castilla, Vizcaya y Guipúzcoa; zona III, Levante (parte alta); zona IV, Centro; zona V, Andalucía y Levante (parte baja); zona VI, Guadalajara.

⁷⁴ El Plan se había concebido para 20.000 camas; en marzo de 1947 la cifra era de 21.000, y 25.000 el 27 de diciembre de ese mismo año, cifra luego corroborada por Orden de 16 de febrero de 1948.

⁷⁵ Se habían instalado 8.308 camas en sanatorios de nueva planta, 1.070 en pabellones rápidos, 2.086 en edificios adaptados y 2.062 en sanatorios reformados. En total, 12.563 camas, a las que habría que sumar las camas del Sanatorio de Nuestra Señora de las Mercedes en San Sebastián y del Pabellón Quirúrgico de Valdelatas, que no se contaban. La relación de sanatorios construidos y el número de camas instaladas en cada uno de ellos puede verse en "Servicio de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso" en *Boletín informativo de la Dirección General de Arquitectura* 2 (1947), pág. 14.

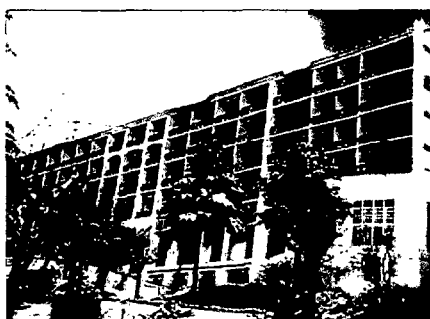
⁷⁶ Hasta julio de 1944 la Dirección General de Arquitectura publicó RNA y *Boletín de información*. Entre esa fecha y diciembre de 1946 el boletín no se editó. Véase artículo de Presentación del *Boletín de información de la Dirección General de Arquitectura* 1 (1946)

⁷⁷ Tras la guerra civil la Sociedad Central de Arquitectos pasó a denominarse Consejo Superior de Colegios de Arquitectos de España.

Muguruza, Director General de Arquitectura hasta marzo de ese año, acababa de ser nombrado Presidente del CSCAE⁷⁸.

A lo largo de la década el Plan de construcciones del PNA fue acumulando importantes retrasos derivados del progresivo incremento del precio de la edificación y de la escasez de materiales debida al bloqueo internacional. El conjunto de obras oficiales del Régimen, dependiente de la Dirección General de Arquitectura, acumulaba retrasos y causaba profundos malestares, y el Ministerio de Gobernación decidió introducir medidas de control. A finales de 1947 se fijó el límite presupuestario para las obras del Patronato⁷⁹ y a comienzos de año se detallaron las actuaciones a realizar y sus correspondientes presupuestos definitivos⁸⁰. En la relación de actuaciones a completar aparecían casi todos los sanatorios que poco antes se habían dado por terminados, como los de Almería, Burgos y Cádiz, que a juzgar por la certificaciones aprobadas hasta la fecha no había hecho más que empezar⁸¹. Y así continuaban el orden alfabético y los respectivos resultados del Plan de construcciones, con algunas excepciones entre las que destacaba la obra emblemática del Patronato, el Sanatorio de Tarrasa supuestamente terminado, en el que se habían consumido por ahora dos tercios de su presupuesto de ejecución⁸².

El final de la arquitectura de la tuberculosis llegó cuando, en los años cincuenta, la tuberculosis fue desplazada por el cáncer como causa principal de mortalidad. La comercialización de la estreptomycinina a partir de 1943 y de la isoniácida desde 1952 eliminó las listas de espera para ingreso en los sanatorios, propiciando un cambio de la política de construcción en los países desarrollados, y también en España.



Sanatorio de la Fuenfria; en la actualidad, hospital de larga estancia.

La época de arranque y consolidación de la red de edificios antituberculosos que había ocupado más de diez años llegó a término con la rápida extensión de la nueva medicina después de la guerra mundial. En la XIII Conferencia Internacional de la Tuberculosis, celebrada en Madrid en 1954, el Patronato Nacional Antituberculoso tomó la decisión de paralizar las obras de todos los sanatorios en fase de construcción, llevada a cabo en los tres años siguientes⁸³. En ese momento el Patronato presumía contar con 68 sanatorios, 18.000 camas y 180 dispensarios que trataría de reconvertir para otros usos⁸⁴. Por esas fechas la lucha antituberculosa y los sanatorios ampliaron su campo de acción a todas las enfermedades del tórax, cosa que se produjo por Ley en España en 1958⁸⁵. También por entonces algunos sanatorios de alta montaña, principalmente situados en los Alpes, se transformaron gracias su buena situación y al auge del turismo en complejos hoteleros asociados con la práctica de deportes de invierno.

⁷⁸ Pedro Muguruza fue Director General de Arquitectura desde la creación del cargo, en septiembre de 1939, hasta marzo de 1946, cuando fue sustituido por Francisco Prieto Moreno. El 12 de junio de ese mismo año Franco recibió en el Palacio del Pardo a una Comisión de arquitectos. Tras la visita, la RNA volvió a depender del Consejo Superior de Colegios de Arquitectos de España, que nombró como nuevo órgano editor al Colegio de Madrid. En el número 56-57 (agosto/septiembre de 1946) la revista figuraba ya como órgano del CSCAE. Por su parte, la Dirección General de Arquitectura volvió a editar en diciembre de ese año su Boletín de Información, publicación que había sido suspendida en julio de 1944.

⁷⁹ Ley de 27 de diciembre de 1947, que autorizó el gasto hasta el límite indicado y la instalación de las 25.000 camas en los edificios del PNA.

⁸⁰ Orden ministerial de 16 de febrero de 1948 por la que se reglamentaron las obras a realizar por el Patronato Nacional Antituberculoso en la ejecución del Plan sanatorial autorizado en la Ley de 27 de diciembre de 1947 para instalación de 25.000 camas.

⁸¹ El presupuesto de ejecución del Sanatorio de Almería era de 5.812.334,60 pesetas, de las cuales hasta la fecha sólo se habían certificado 905.408,61. El presupuesto del Sanatorio Militar de Burgos superaba los 15 millones, pero todavía no se había certificado un céntimo. El presupuesto del Sanatorio de Cádiz casi llegaba a los 7 millones, de los que tan solo se habían certificado 290.000 pesetas.

⁸² El presupuesto de ejecución del Sanatorio de Tarrasa era de 35.470.424,80 pesetas, de las que se habían certificado 23.360.410,61 pesetas. Estos datos y los de la nota anterior, correspondientes al estado de cuentas en mayo de 1948, se han extraído del *Boletín de Información de la Dirección General de Arquitectura* 7 (1948).

⁸³ Dato extraído de un texto inédito de Ramón Navarro sobre la *Evolución de la asistencia médica en España*, 1991.

⁸⁴ El Sanatorio de Cogollos-Vega, en Granada, se reconvirtió, ya en los años sesenta, en Instituto de Bachillerato. Véase "Los sanatorios para tuberculosos" en *Historia de los Hospitales*. Coleccionable de Revista El Médico; pág. 325-334.

⁸⁵ Ley de 26 de diciembre de 1958, por la que los sanatorios antituberculosos amplían su campo de acción a todas las enfermedades del tórax, en especial a las neumopatías y a las cardiopatías de interés sanitario.



PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS



A la derecha, emblema del Instituto Nacional de Previsión

El Ministerio de Trabajo aprobó el 19 de enero de 1945 su Plan de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obrero de Enfermedad¹, y en el mes de julio el Instituto Nacional de Previsión nombró un comité con objeto de desarrollar y poner en marcha el Plan. Su ejecución, consistente en construir 86 Residencias de 500 a 100 camas cada una, 149 ambulatorios completos y 110 ambulatorios reducidos, debería llevarse a cabo en dos etapas. En total se dotaría al servicio con 16.000 nuevas camas, poco menos de la mitad de las previstas en el informe de Primitivo de la Quintana², y en cada etapa se construirían alrededor de 8.000 camas. Se proyectaba levantar Residencias en las capitales de provincia y Ambulatorios en los centros rurales. Para denominar a sus instalaciones sanitarias los próceres del Plan descartaron los términos "hospital" y "dispensario" utilizados por Quintana en su informe, pues tanto uno como el otro se habían asociado siempre a estructuras de la Beneficencia poco eficaces en curaciones. En vez de utilizar esos términos comunes eligieron otros que aludían al régimen ambulatorio o al de ingreso de beneficiarios en las instituciones, según fueran éstas abiertas o cerradas. Así nacieron los "ambulatorios" y "residencias" del Seguro Obrero de Enfermedad.

A finales de octubre el Director del Instituto, Luis Jordana de Pozas, encargó a los jefes de los servicios médicos, de ingeniería y de arquitectura, Cámara, Shaw y Garay, respectivamente, un viaje de estudio de los principales hospitales de los Estados Unidos. Siguiendo las recomendaciones del informe Quintana para el Plan de Instalaciones del Seguro, la comisión enviada a EE.UU. visitó hospitales monobloque ya clásicos, además de algunos ejemplos históricos como el Hospital *Johns Hopkins* de Baltimore, el más renombrado hospital de pabellones estadounidense³ de los años posteriores a la guerra civil norteamericana, y otros más recientes del mismo tipo de pabellones. Entre éstos destacaba un hospital provisional, instalado en plena II Guerra Mundial en un parque público de San Francisco, que había atendido a una gran parte de los heridos graves evacuados en los frentes de Oriente. Se trataba de un gigante de madera, de una planta, 225 naves y 2.500 camas, prefabricado totalmente en fábricas del Este del país y montado en cuatro meses, que incorporaba adelantos técnicos desarrollados durante la guerra.

Garay relató su accidentado viaje trasatlántico a bordo de un Clipper en un ameno texto titulado "Los hospitales en los Estados Unidos; notas de un viaje de estudio". Este pequeño texto, que salió de la preparación de una conferencia⁴ y llegó a ser libro de cabecera durante muchos años para los arquitectos que trabajaron al servicio del INP, continuaba una vieja tradición de relatos de visitas a hospitales iniciada por los ingenieros militares de finales del siglo XIX⁵. Para estructurar su libro Garay empleó

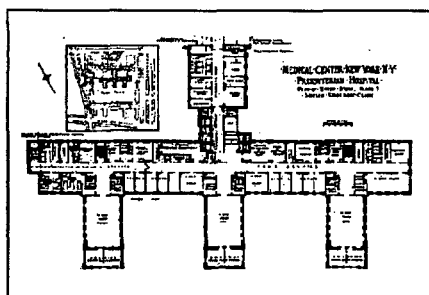
¹ Algunas fuentes señalan el 19 de enero como fecha de aprobación del Plan de Instalaciones Sanitarias, otras la retrasan un mes, a diecinueve de febrero. En todo caso, el 26 de febrero de 1947 el Plan fue de nuevo revisado, y modificado ligeramente. Véase en este trabajo el capítulo dedicado a las residencias sanitarias. Véase también *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1947.

² Los cálculos de Quintana indicaban que el Seguro funcionaría a pleno rendimiento con 47.000 camas. 13.000 de ellas ya existían, y el Seguro podría contratarlas para asistir a sus beneficiarios; las otras 34.000 tendrían que instalarse en los hospitales de nueva planta que habría de desarrollar el Plan de Instalaciones. Véase en el anexo C "Estudio de un Plan general de asistencia médica en el Seguro de Enfermedad", pág. 253-254.

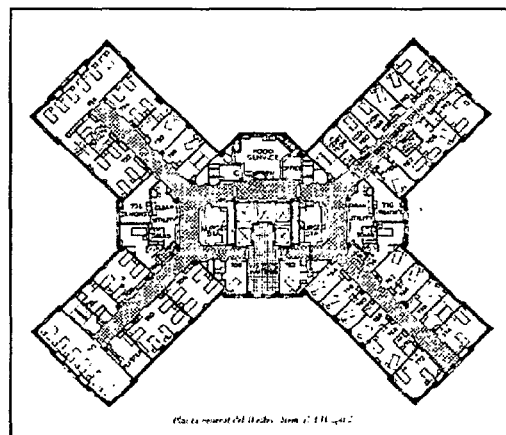
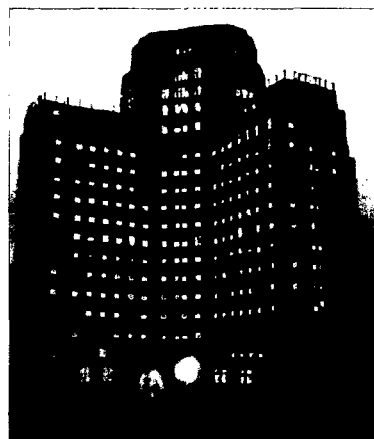
³ Véase Thompson y Goldin: *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London Yale University Press, 1975, pág. 175-187.

⁴ Conferencia de Eduardo de Garay, Jefe del Servicio Especial de Arquitectura del INP, en la Escuela Social de Madrid, celebrada el día 21 de junio de 1946.

⁵ Véase en el anexo A "Hospitales españoles. Antecedentes históricos", pág. 206-222.



Arriba, Hospital Presbiteriano del Centro Médico de Nueva York. J. Gamble Rogers, 1928. Vista y planta tipo.



A la derecha, Fundación Wesley, Chicago. Thielbard & Fugard, 1940-41. Vista y planta tipo.

la misma fórmula que sus antecesores, compuesta de una introducción sobre el motivo del viaje, una descripción general de los hospitales visitados, gráfica y escrita, y un estudio pormenorizado de sus partes esenciales, también con planos. De los monobloques aparecían clásicos neoyorquinos del periodo déco que serían imitados aquí en las primeras fases del plan de Instalaciones, como el Hospital Presbiteriano que había impresionado a Sánchez Arcas⁶, o el Hospital de la Universidad de Cornell⁷. También aparecían algunos polibloques, entre los que cabe señalar al Hospital de la Caridad, de Nueva Orleans⁸, el eco de cuyas trazas se advierte en las del Centro de Especialidades Quirúrgicas *Ramón y Cajal*, de Madrid, construido en los últimos años de existencia del INP.

Junto a estos ejemplos se mostraban algunos tempranos hospitales de base y torre, todavía interpretados en clave déco, como la Fundación *Wesley*, de Chicago⁹. La novedad de este hospital de 19 plantas consistió en disponer todos los quirófanos en las plantas bajas del edificio en lugar de repartirlos a lo alto del edificio emparejados con sus respectivas enfermerías especializadas, según era costumbre en el proyecto de hospital vertical¹⁰. La Fundación *Wesley* revisaba en cierto modo el viejo trazado de planta de cruz originario del renacimiento y reutilizado a principios del siglo XX en los primeros hospitales verticales¹¹.

En los hospitales estadounidenses de los años cuarenta ya no era razonable proponer unidades de hospitalización resueltas en aglomeración¹². Por su tradición asistencial fuertemente dependiente de las aseguradoras privadas, los hospitales norteamericanos tendieron desde finales del siglo XIX a reservar una parte del área de hospitalización cada vez mayor para los enfermos de pago. Estos, que eran más clientes que pacientes, querían preservar su intimidad y pedían habitaciones individuales. Pero el esquema en planta de avión no permitía proyectar un área de hospitalización razonable a base de habitaciones individuales sin que el volumen de pasillos y habitaciones se hiciera equivalente, lo que era un disparate, y sin forzar al personal de atención a recorrer

⁶ Véase Campos Calvo-Sotelo, Pablo. *El viaje de la utopía*. Madrid: Editorial Complutense, 2002.

⁷ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935, pág. 8-19.

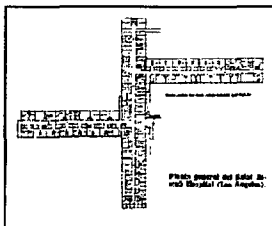
⁸ Véase en este trabajo "Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas Ramón y Cajal", pág. 113-119.

⁹ Garay, Eduardo. *Los hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Madrid: INP, n.º. 666, 1947.

¹⁰ Véase en este trabajo "Hospital 1º de Octubre", pág. 106-112.

¹¹ En los albores del siglo XX, una vez instaurada la teoría de los gérmenes comenzó a considerarse la posibilidad de apilar unidades Nightingale de enfermería unas encima de otras. Se trataba ya de construir en vertical, y en algunos primeros ejemplos se recuperó el viejo trazado renacentista de hospital en planta de cruz. La medicina de 1900 era científica, y no hubo inconveniente en sustituir el altar que antes presidía el centro de la cruz por un grupo de escaleras y ascensores. Por influencia de la helioterapia, pronto comenzó a darse mayor importancia al sol que a la ventilación. La enfermería Nightingale dejó de ser imprescindible, y cayó también en desuso su soporte en planta de cruz, que fue sustituido por el de planta de avión. Véase en el anexo A "El hospital de la medicina moderna", pág. 159-162. Pero en determinadas ocasiones era necesario proyectar con esquemas compactos, y aparecieron nuevas interpretaciones de hospital en planta de cruz, como la de la Fundación Wesley.

¹² La unidad de enfermería en aglomeración, denominada también unidad de enfermería abierta, no tiene divisiones interiores; todos los enfermos de la unidad, alrededor de treinta, comparten la misma sala.



Hospital de 100 camas del Conjunto hospitalario Saint Joseph. Los Angeles, California. Vista y planta.



kilómetros de pasillo cada jornada. El esquema en aspa de *Wesley*, con su núcleo de ascensores y servicios de planta, y varios brazos con habitaciones dispuestas en espina, permitía una adecuada proporción de habitaciones individuales. En la década de los 50, la incorporación de sistemas de clima artificial al área de hospitalización en los países desarrollados reforzó la consideración de recorridos y flujos, y los arquitectos especialistas dedicaron un gran esfuerzo a racionalizar su espacio de acuerdo con los criterios de privacidad, facilidad de supervisión y reducción de recorridos; y la Fundación *Wesley* fue una referencia muy valiosa¹³.

Garay también tomó nota de algunos otros hospitales de menor tamaño pero de aspecto moderno, como el pequeño Hospital *San José*¹⁴, de cien camas, en Los Angeles, o el proyecto de un concurso para hospital de cincuenta camas firmado por Fisher. Sin embargo estos ejemplos no despertaron un interés inmediato como sucedió con los del “tipo de avión”. En la primera fase del Plan de instalaciones se harían varios hospitales de ese tamaño o incluso menores¹⁵; si bien varios de ellos se habilitaron sobre estructuras existentes, otros se proyectaron como diminutos hospitales del tipo de avión. Pero todos ellos, como el resto de Instalaciones del Seguro levantadas cuando todavía funcionaba la cartilla de racionamiento, tenían la doble misión de asistir a sus beneficiarios y de representar un deseado restablecimiento moral y económico del país; y la búsqueda de nuevos sistemas de proyecto y de representación quedó postergada. Lo moderno no era entonces un objetivo ni un valor en alza.

¹³ Véase en este trabajo “Hospital 1º de Octubre”, pág. 106-112.

¹⁴ El Hospital de Saint Joseph era una construcción prefabricada, proyectada en planta de cruz modificada de forma para que la altura de entronque de los brazos con su fuste no coincidiese. El fuste contenía el área clínica y la administrativa del hospital, y los brazos, el área de hospitalización. En cada uno se instalaron cincuenta camas, distribuidas en parejas de habitaciones dobles con servicios comunes. El programa principal del hospital se desarrollaba en la planta baja, mientras los servicios de apoyo se instalaron en un pequeño sótano. Véase *Los hospitales en los Estados Unidos*, op. cit. (1947)

¹⁵ Las Residencias Sanitarias más reducidas de la primera etapa del Plan fueron la del Paseo de Santa María de la Cabeza, con 40 camas, la de la calle Ibiza, con 72, y la residencia maternal, con 38; las tres en Madrid. La de Calatayud, Zaragoza, con 52 camas, la de Puertollano, Ciudad Real, con 44, y la de Avila, con 67.

El concurso del INP

En marzo del 46, mientras Garay y compañía eran todavía huéspedes de las azafatas de las líneas aéreas americanas¹⁶, la Caja Nacional del Seguro convocó un concurso libre entre arquitectos españoles, solos o en colaboración, para la redacción de anteproyectos de residencia sanitaria de 500 y 100 camas y de ambulatorio completo. En las bases del concurso¹⁷ se establecían unas superficies de terreno teórico¹⁸ para cada tipo, se aportaban los programas de necesidades¹⁹, aunque a título orientativo, y se determinaba el tipo de edificio “monobloque” para los tres anteproyectos en concurso²⁰. Los premios consistían en metálico²¹, y quedaba claro que el INP no adquiría compromiso alguno con los concursantes y podría utilizar los anteproyectos teóricos, premiados o no premiados, a su conveniencia, aunque apuntaba su interés por convenir colaboraciones con los participantes en la construcción de futuros edificios²².

Los trabajos fueron expuestos en el Círculo de Bellas Artes entre el catorce y el veinticinco de noviembre de 1946²³. El día de la inauguración un jurado compuesto por los responsables del INP, sus arquitectos y una representación de profesionales del Colegio de arquitectos de Madrid²⁴ leyó su fallo²⁵. Aurelio Botella y Sebastián Vilata, y Manuel Martínez Chumillas con Luis Laorga obtuvieron los primeros premios en los apartados de residencias de 500 y 100 camas respectivamente, y Ambrosio Arroyo el tercer premio para el ambulatorio, ya que los premios primero y segundo de este apartado quedaron desiertos. Nada más clausurada la exposición del Círculo de Bellas Artes, se adjudicaron obras a varios de los arquitectos participantes en el concurso. Los arquitectos fichados por el INP comenzaron a proyectar las residencias y ambulatorios de la Seguridad Social sobre las bases del concurso y con las consignas estilísticas de la posguerra. El ritmo de las obras iba a ser mucho más lento del previsto debido a la crisis nacional. Aún así, como el número de asegurados

¹⁶ En su relato Garay hubo de referirse a “un elemento indispensable e interesante de este viaje en Clipper”: la azafata. “Estas señoritas, guapas, con una estatura y peso aproximado, un carácter atento y tranquilo y condiciones especiales de serenidad”, op. cit. (1947), pág. 3.

¹⁷ Véase *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1947.

¹⁸ 40.000 m² para Residencia Sanitaria de 500 camas, 8.000 m² para Residencia Sanitaria de 100 camas y 1.700 m² para ambulatorio completo.

¹⁹ Véase *Programa para necesidades. Ambulatorios y Residencias clínicas*. Madrid: INP, 1946.

²⁰ El tipo de Pabellones, que a juicio de Quintana podría contemplarse para los grandes hospitales, se descartó por el momento.

²¹ Se establecían tres premios para cada apartado. En el anteproyecto de Residencia Sanitaria de 500 camas ascendían a 70.000, 40.000 y 30.000 ptas., respectivamente; en el de Residencia Sanitaria de 100 camas, 20.000, 12.000 y 8.000; y en el de Ambulatorio completo, de 18.000, 11.000 y 7.000 ptas.

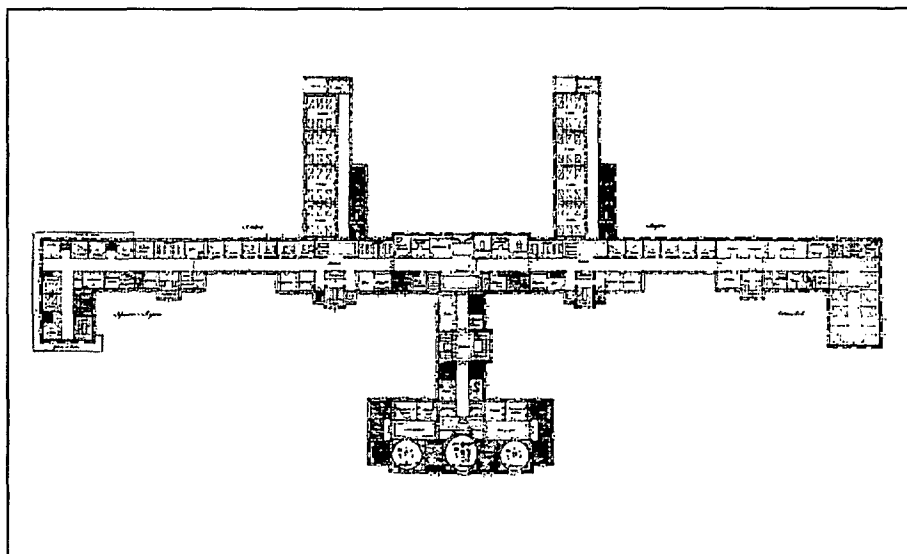
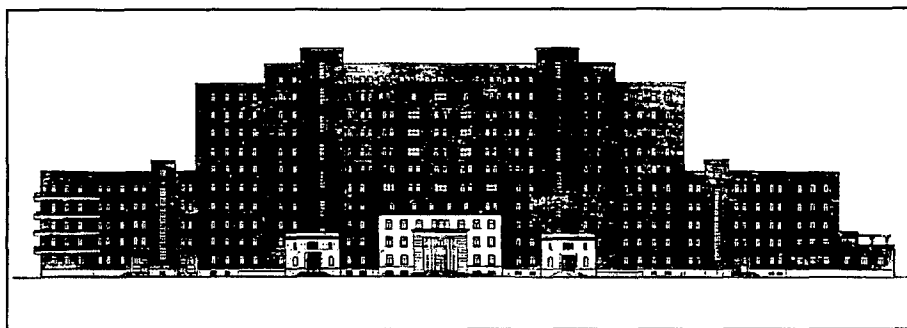
²² Véase *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1947. Base 6ª de cada uno de los tres concursos de anteproyectos.

²³ Véase *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1947, pág. 4.

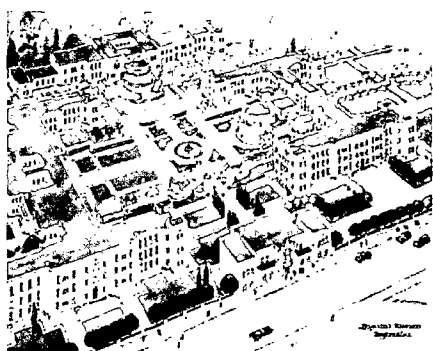
²⁴ El jurado estaba presidido por el Presidente del INP Pedro Sangro y Ros de Olano, el Comisario del INP Luis Jordana de Pozas, el Director de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad Sebastián Criado del Rey, el Subdirector Médico de la Caja Miguel Lafont Lapidana, Los Arquitectos Jefes del Departamento Especial de Arquitectura del INP Eduardo de Garay y Garay y Juan de Zavala y Lafora, el arquitecto nombrado por la Dirección General de Arquitectura Manuel de Cárdenas Pastor, el arquitecto nombrado por el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid Pascual Bravo Sanfeliu, y el arquitecto designado por los concursantes en representación del Colegio de Arquitectos de Madrid Adolfo López Durán, que actuó como Secretario.

²⁵ Se declararon desiertos el primero y segundo premios del concurso de ambulatorio completo, y el tercero se adjudicó a Ambrosio Arroyo. Los premios 1º, 2º y 3º del de Residencia Sanitaria fueron para Manuel Martínez Chumillas y Luis Laorga, Francisco Lucini, y Alfonso Fungairiño y Juan Castañón, respectivamente. Los de la Residencia Sanitaria de 500 camas, para Aurelio Botella y Sebastián Vilata, Fernando García Mercadal y Ramón Anibal Álvarez, y Luis Cabrera. En este apartado del concurso se concedieron además tres accésits a los trabajos de Vicente Figuerola, José Marcide y Rafael Aburto, y Antonio de la Vega.

Concurso de Anteproyectos del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, 1946. Primer premio de Residencia para 500 camas. A. Botella y S. Vilata. Alzado y planta tipo.



Abajo, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Granada. Concurso de 1928. Primer premio. A. Botella y S. Vilata. Perspectiva del conjunto.



y beneficiarios del SOE siguió siempre creciendo, el INP afianzó pronto su puesto de líder entre las instituciones responsables de la red española de hospitales²⁶. En otro capítulo se tratará el asunto de una pretendida coordinación entre instituciones que no llegó a establecerse hasta mucho después²⁷.

Varios de los arquitectos premiados estaban trabajando en otros proyectos de hospitales. Aurelio Botella y Sebastián Vilata, por ejemplo, acababan de inaugurar parte de la Facultad de Medicina y el Hospital Clínico de Granada²⁸. A pesar de su reciente apertura, el conjunto granadino se había proyectado en 1928 según el esquema de organización en pabellones todavía predominante antes de la guerra civil²⁹. Ese había sido uno de los primeros encargos de Vilata y Botella, a quien unían lazos familiares y de amistad con muchos médicos³⁰. El encargo lo habían ganado por concurso en 1928 y por ahora, dieciocho años después, solo habían podido terminar la parte destinada a Facultad de Medicina³¹. Además, Botella tenía entre manos varios sanatorios firmados en solitario³², y en colaboración con Vilata, Arroyo y Ripollés había ganado recientemente el concurso del Patronato Nacional Antituberculoso³³. Botella se incorporaría pronto en la plantilla del INP³⁴

²⁶ La responsabilidad sanitaria en España estaba fraccionada entre las Direcciones Generales de Sanidad y Beneficencia, el Patronato Nacional Antituberculoso, los Patronatos militares, las Universidades y otros organismos de carácter privado, como Mutualidades Laborales o Cruz Roja.

²⁷ Véase el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.

²⁸ Véase "Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Granada", en *RNA* 41 (1945)

²⁹ Véase "Concurso para F. de Medicina y H. Clínico en Granada", en *Arquitectura* (1930), pág. 88-109.

³⁰ Entrevista del autor con Aurelio Botella Clarella. 16-11-01.

³¹ Las obras de la Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Granada habían comenzado a finales de 1931. Se paralizaron al comenzar la guerra civil, y en 1942 se reanudaron, pero solo las que afectaban a la Facultad de Medicina, que se inauguró finalmente en 1944. Véase *RNA* 41 (1945), pág. En esa fecha las obras del Hospital Clínico estaban en suspenso, pero poco después se acometieron. Una parte del hospital, que se denominó Hospital de San Cecilio, se inauguró en 1953. Las obras de terminación se prolongaron durante esa década y la siguiente. Véase <http://WWW.ugr.es/~facmed/general/video.html>

³² Véase en este trabajo "El icono del Plan: un sanatorio en Tarrasa", pág. 15-16.

³³ Véase en este trabajo "El concurso del PNA", pág. 9-13.

³⁴ Véase en este trabajo "Residencias y Ambulatorios del INP", pág. 35-40.

y continuaría una relación recién establecida en el proyecto de clínicas privadas³⁵. Por su parte, Vilata y Arroyo construían junto con Ripollés y Nueda el gigantesco Sanatorio Antituberculoso de Tarrasa³⁶.

Fernando García Mercadal y Martín José Marcide se estrenaban en la especialidad, pero tuvieron la fortuna económica de engancharse al carro de la Caja Nacional del Seguro desde el principio, como hizo también Aurelio Botella. Y ese carro les proporcionó actividad continua y existencia despreocupada durante un cuarto de siglo³⁷. Rafael Aburto, coautor junto a su cuñado Marcide de uno de los proyectos mencionados, se enganchó también al carro, pero ya en los años sesenta, después de cosechar algún éxito junto a Francisco Asís Cabrero y otros en solitario³⁸.

Por su parte, Manuel Martínez Chumillas, que en el periodo republicano había formado parte del Grupo Centro del GATEPAC³⁹, se hizo cargo de un importante proyecto para la Beneficencia General del Estado⁴⁰ cuyas obras se habían declarado de urgencia en marzo de 1944⁴¹. Se trata del actual Hospital de la Princesa de la calle Diego de León, en Madrid⁴², el austero monobloque con cuatro "motores" que sustituyó al Hospital de la Princesa original, el construido por iniciativa real en el Paseo de Alberto Aguilera con esquina en la calle de San Bernardo⁴².

Todos los participantes premiados en el concurso de Residencias Sanitarias para el Seguro de Enfermedad tomaron por buenos los esquemas conocidos vulgarmente como tipo de avión por referencia a la forma de la planta. Se adoptó ese esquema de organización horizontal originario de América, pero se desechó la factura déco que le era propia en favor de un clasicismo simplificado habitual en los proyectos de la arquitectura madrileña de los años treinta, también utilizado en el Hospital Mayor de Milán⁴⁴ señalado en el informe Quintana, el estilo más retro de los usados por Marcovigi en la era Mussolini⁴⁵. Con motivo de la Exposición de Anteproyectos de Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad se organizó en el Palacio del Cine del Círculo de Bellas Artes un ciclo de conferencias sobre el tema, publicadas

³⁵ Aurelio Botella tuvo varios encargos directos de amigos médicos. A través del cirujano Plácido González Duarte le hicieron el primer encargo de hospital privado en 1943, la Clínica Ruber de la calle Juan Bravo de Madrid. Ruber es apócope de Ruiz y Bergaz, los autores del encargo. Un segundo encargo privado, la Clínica Covesa, le llegó en 1957 de la mano de Siro Azcona, jefe de la asesoría médica del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias. Su proyecto aparece en este trabajo en "El nuevo estilo del INP", pág. 67. Su amigo el doctor Carlos Jiménez Díaz le puso el señuelo de la Clínica de la Concepción, para la que realizó una serie de bocetos. El proyecto no salió adelante, lamentablemente, ya que se decidió utilizar para su instalación un edificio que acababa de construir el arquitecto Cámara en la Plaza de Cristo Rey. Su emplazamiento era privilegiado, pero el edificio era muy poco adecuado para el uso hospitalario, como pudo comprobar Aurelio Botella Clarella, hijo de Botella Enriquez, al redactar un proyecto de remodelación algunos años después. En la actualidad la Clínica de la Concepción, denominada popularmente "La Concha", tiene un nuevo proyecto de reforma integral a cargo de Alfonso Casares.

³⁶ Véase en este trabajo "El icono del Plan: un sanatorio en Tarrasa", pág. 15-16.

³⁷ El Instituto Nacional de Previsión organizó su equipo de técnicos de plantilla o contratados por obra durante 1947. Desde esa fecha hasta 1971 hubo muy pocas incorporaciones: Fernando Cavestany en los primeros años cincuenta; una década después les tocó el turno a Fernando Flórez y Miguel Tapia, que ya formaban parte de la plantilla como aparejadores pero habían hecho el curso puente en la ETSAM. Por esas fechas ingresaron también Luis Padrón de Velasco, Rafael Cabello, Rafael Aburto, Javier Picabea y Federico del Cerro. En 1971 ingresaron Alfonso Casares y Aurelio Botella Clarella, y dos años después, Luis López Fando y Reinaldo Ruiz Yébenes. En los años setenta se incorporaron varios arquitectos más, a fin de atender una creciente demanda de hospitales.

³⁸ Véase Iñiqui Berguera. "Rafael Aburto, arquitecto", en *Arquitectos* 165 (2003), pág. 47.

³⁹ Véase San Antonio, Carlos. *Veinte años de arquitectura en Madrid. La edad de plata: 1918-1936*. Madrid: CAM, 1996.

⁴⁰ El cometido del Hospital de la Princesa era el de atender a los enfermos dependientes de la Beneficencia Pública con problemas demasiado complicados para los medios de los hospitales provinciales.

⁴¹ Véase *Catálogo de imágenes*, op. cit., pág. 78.

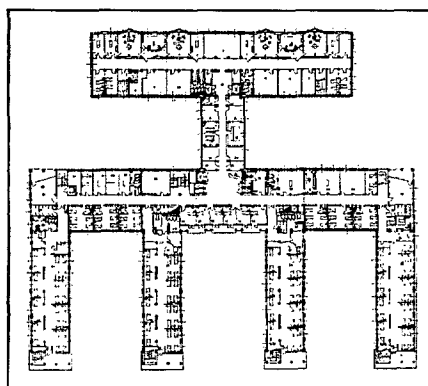
⁴² El actual Hospital de la Princesa está situado entre las calles Diego de León, Conde de Peñalver, Maldonado y General Díaz Porlier. Véase "Hospital de la Beneficencia en Madrid" en *Revista Nacional de Arquitectura* 179 (1956), pág. 3-10.

⁴³ Sobre el solar actualmente se levantan unos conocidos edificios de hormigón del arquitecto F. Higuera.

⁴⁴ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935, pág. 94-96.

⁴⁵ Véase "Construcciones de referencia" en el anexo C de este trabajo, pág. 255.

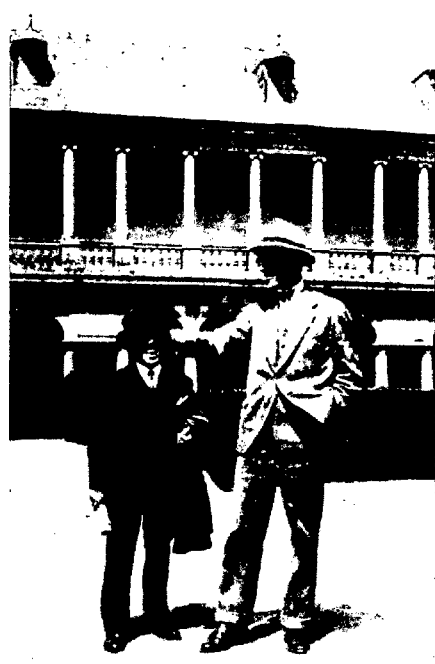
Nuevo Hospital de la Princesa para la Beneficencia General del Estado, Madrid. M. Martínez Chumillas, 1944-1954. Planta tipo.



posteriormente⁴⁶, a cargo de Sebastián Criado, Director de la Caja del Seguro⁴⁷, Miguel Lafont, subdirector médico de la Caja⁴⁸ y Juan de Zavala, uno de los arquitectos jefes de sección del Plan⁴⁹.

Zavala acababa de publicar un libro sobre la evolución de las ideas en la arquitectura internacional desde finales del siglo XIX⁵⁰, y sus conocimientos generales le permitieron elaborar con muy pocos mimbres⁵¹ una notable charla de adorno. La conferencia dedicada a la evolución del concepto de hospital celebrada en el Círculo de Bellas Artes y luego publicada por el Instituto Nacional de Previsión fue clara, concisa y canónica. Zavala hizo un breve recorrido histórico por los momentos estelares del debate sobre hospitales, y concluyó con una máxima útil en cualquier proyecto de arquitectura e ineludible en los de hospitales: "en un hospital moderno no hay construida de forma definitiva más que la estructura y las fachadas, y fijadas las líneas de circulación y de emplazamiento de los servicios. No existen muros fijos de carga interiores, excepto los muros cortafuegos; el resto de la distribución puede variarse con facilidad".

Le Corbusier y F. García Mercadal en 1928, delante de la Galería de los Convalecientes del Monasterio del Escorial.



A sus cuarenta y cuatro años recordaba con cierta añoranza el despegue de la arquitectura moderna en el Madrid de los años veinte. Él mismo había asistido junto a Fernando García Mercadal a la mítica reunión de junio de 1928 en el castillo de La Sarraz⁵². Mercadal había recibido las dos únicas invitaciones cursadas a España para el primer CIAM, y eligió a su joven amigo Zavala como acompañante, elección afortunada que le abriría las puertas del INP veinte años después. En la última etapa anterior a la guerra Zavala fue redactor de la revista *Arquitectura* junto a algunos de los mejores arquitectos residentes en Madrid durante el periodo republicano, como Luis Blanco Soler, Secundino Zuazo y Manuel Sánchez Arcas⁵³, que ya en 1927 habían irrumpido en la revista de la Sociedad Central de Arquitectos para dar a conocer la nueva arquitectura moderna⁵⁴. El grupo de redactores era más afín a la arquitectura de los rascacielos norteamericana o a la de los nuevos barrios de Amsterdam y Berlín que a la protagonizada por Le Corbusier, a quien publicaban pero consideraban más artista que arquitecto. Esa afinidad por lo moderado debió quedar grabada en Zavala, el benjamín del grupo⁵⁵, a juzgar por sus escritos de 1945, quizás más enardecidos de la cuenta por el ambiente español de la primera posguerra. En el último capítulo de su libro sobre arquitectura internacional, dedicado a "la arquitectura de nuestra post-guerra"⁵⁶, justificaba la vuelta a Herrera y Villanueva como reacción razonable "contra los excesos de la arquitectura moderna de la etapa anterior, con sus cubismos desenfrenados y su indiferencia absoluta hacia toda significación nacional".

⁴⁶ Publicaciones N° 660, 661 y 662 del INP.

⁴⁷ Sebastián Criado del Rey. *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

⁴⁸ Miguel Lafont Lapidana. *Servicios Médicos del Seguro obligatorio de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

⁴⁹ Juan de Zavala: *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El Hospital "en bloque"*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947.

⁵⁰ Juan de Zavala y Lafora. *La arquitectura*. Madrid: Editorial Pegaso, 1945.

⁵¹ Zavala incluyó una breve bibliografía en la edición de su conferencia. Dos de los seis títulos versaban de arquitectura: *Dictionnaire raisonne de L'Architecture française*, de Viollet-le-Duc, y *La Arquitectura civil en España*, de Vicente Lampérez. El tercero era la *Enciclopedia Universal Europeo Americana*. Otros dos eran libros clásicos del periodo de entreguerras: *The American Hospital of the twentieth century*, de E.F. Stevens, y *Ospedali*, de Bruno Moretti. La última cita estaba dedicada a la Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián, de S. Arcas, Lagarde, Labayen y Aizpurúa.

⁵² Véase "Mesa redonda con Rafael Bergamín, Casto Fernández Shaw y Fernando García Mercadal" en *Hogar y arquitectura* 70 (1967), pág. 41.

⁵³ Véase San Antonio, Carlos. 20 años de Arquitectura en Madrid. La edad de plata: 1918-1936, pág. 80.

⁵⁴ Véase "Mesa redonda con Rafael Bergamín, Casto Fernández-Shaw y Fernando García Mercadal" en *Hogar y arquitectura* 70 (1967); pág. 42.

⁵⁵ Zavala (n. 1902) había terminado la carrera recientemente; Sánchez Arcas (n. 1987), Zuazo (n.1987) y Blanco Soler (n. 1890) eran ya arquitectos de prestigio.

⁵⁶ Véase *La arquitectura*, op. cit., pág. 164-165.

Primer Congreso Internacional de Arquitectura Moderna. Castillo de La Sarraz, Suiza, 1928. En la fotografía, J. de Zavala, a la izquierda de Le Corbusier; F. García Mercadal, sentado en primer término.



Concurso de inmueble para un solar de la Plaza del Callao, Madrid, 1931. Propuesta de J. de Zavala y E. Garay. Perspectiva

Concurso de inmueble para un solar de la Plaza del Callao, Madrid, 1931. Propuesta de P. Muguruza.



Como Zavala, Garay encontraba razonable la vuelta al pasado. Ambos arquitectos habían colaborado juntos en proyectos de antes de la guerra, algunos de los cuales se habían publicado en la revista *Arquitectura* durante la etapa de redactor de Zavala. El más importante había sido un concurso privado para el Edificio Capitol en el solar Carrión de Madrid. Frente a las expresivas propuestas presentadas por Gutiérrez Soto y por los ganadores Feduchi y Eced⁵⁷, la de los futuros jefes de la oficina de proyectos del INP había sido tan razonable como descafeinada. Pertenecía al grupo de clásicos destilados, poco ornamentada pero con las mismas intenciones monumentales, las mismas leyes de composición e incluso los mismos materiales, piedra y ladrillo, de la arquitectura madrileña tradicional.

El denominado tradicionalismo fue la reacción conservadora de la interminable posguerra española que también se institucionalizó en las obras de la primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones. Un texto influyente de la época planteaba el reto de la profesión: "El problema de mayor envergadura que el Nuevo Estado nos plantea a los arquitectos españoles, es la necesidad de encontrar una plástica digna de exponer los ideales patrios con majestuosa severidad y estática grandeza"⁵⁸. Y para los arquitectos españoles de posguerra el denominado tradicionalismo fue la única vía admitida para exponerlos, como se desprende de las rudas opiniones del Presidente del CSCAE y Director General de Arquitectura Pedro Muguruza, transcritas en otro apartado de este trabajo, y de otras algo más aplacadas como las de su antiguo colega en la redacción de *Arquitectura*, Juan de Zavala, ahora jefe de la oficina de proyectos del INP.

⁵⁷ Véase "Concurso privado para un inmueble en la Plaza del Callao", en *Arquitectura*, junio-1931, pág. 194-200.

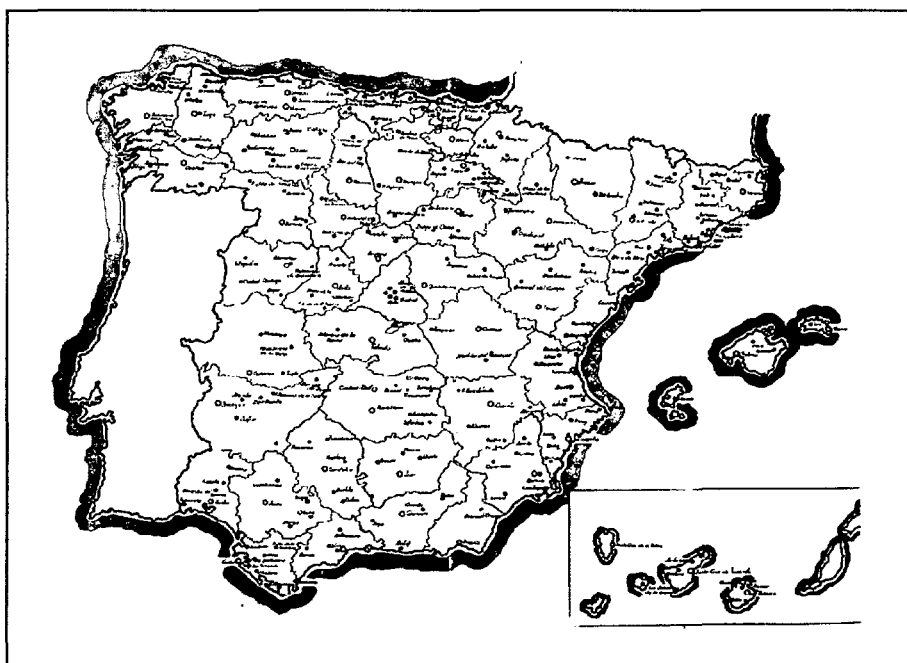
⁵⁸ "El problema de mayor envergadura que el Nuevo Estado nos plantea a los arquitectos españoles, es la necesidad de encontrar una plástica digna de exponer los ideales patrios con majestuosa severidad y estática grandeza. Todas las demás cuestiones de índole artística, matemática o constructiva, pierden importancia ante aquella, no admitiendo siquiera comparación la magnitud filosófica necesaria para resolver las dificultades que las últimas pueden plantearnos, con la precisa para valorar justificadamente los elementos componentes de una nueva arquitectura nacional". Véase Reina de la Muela, Diego. *Ensayo sobre las directrices de un estilo imperial*. Madrid: Verdad-Diana, 1944.



IL CASTILLOS ROQUEROS. PRIMERA ETAPA DEL PLAN

Residencias y Ambulatorios del INP

En la redacción de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad trató de lograrse cierta coordinación entre el Instituto Nacional de Previsión de quién estaría a cargo y las entidades que representaban a sus asegurados y a la Sanidad Pública del Estado, Delegación Nacional de Sindicatos de F.E.T. y de las J.O.N.S. y Dirección General de Sanidad, respectivamente¹. Para ello se había encargado la elaboración del Plan Nacional de Instalaciones y las normas de funcionamiento del Servicio Médico del Seguro a una Comisión de enlace en la que estaban representadas todas las partes, si bien el cargo de presidente debía ostentarlo un representante del Ministerio de Trabajo o, en su caso, del Instituto Nacional de Previsión. Sin embargo, poco después de haberse fallado el concurso de anteproyectos de hospitales y ambulatorios la Comisión de enlace transfirió todas sus facultades al Instituto, y



Mapa de las actuaciones previstas en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del S.O.E.

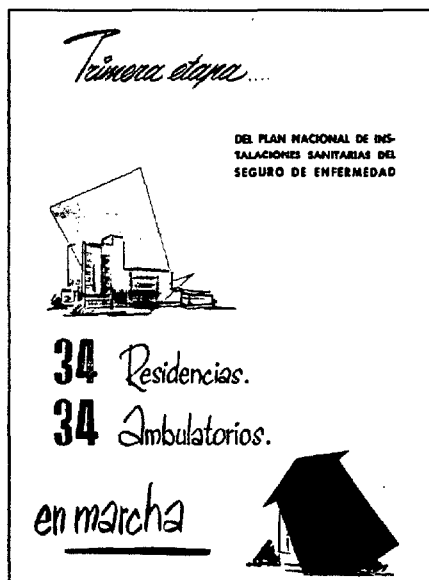
éste traspasó la ejecución del Plan a una nueva Comisión creada al efecto². El 26 de febrero de 1947, tan solo unos días después de su nombramiento, la nueva Comisión nombrada directamente por el Instituto modificó y redujo ligeramente el Plan aprobado en enero de 1945³. De las 86 residencias, los 149 ambulatorios completos y los 110 ambulatorios reducidos del concurso de anteproyectos, se programaron ahora 67, 62 y 144, respectivamente. Aún así, se mantuvo la dotación de 16.000 camas prevista. La citada Comisión estaría encargada de la ejecución del Plan hasta 1950, cuando en una reorganización del INP se creó la Comisaría del Plan Nacional de Instalaciones, que a su vez traspasaría poderes el año siguiente a una Junta Ejecutiva⁴. Sucesivamente, la Comisión, la Comisaría y la Junta

¹ Véase en el anexo B, "Ley del Seguro Obrero de Enfermedad", pág. 249-251.

² Decreto de 7 de Febrero de 1947, por el que se nombraba una Comisión del Consejo para la ejecución del Plan, a la que se transferían todas las facultades de la Comisión de enlace relacionadas con dicha misión.

³ Modificado por Orden de 26 de febrero de 1947.

⁴ La Comisión del Consejo del INP actuó hasta que, por Decreto de 14 de julio de 1950, fue reorganizado el Instituto y creada la Comisaría del Plan Nacional de Instalaciones y su Junta Ejecutiva, que inició su actuación el 14 de febrero de 1951.



Cartel publicitario de la primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del S.O.E.

Hospital Franco-Americano de Saint-Lô, Normandía. Paul Nelson, 1946-56.



Ejecutiva desarrollaron ya con absoluta independencia de las demás estructuras sanitarias del país las tareas de compra de solares, aprobación de proyectos, ejecución de obras y adquisición del mobiliario y material necesario para las residencias y los ambulatorios del Plan. Esa independencia y una consecuente falta de coordinación entre el Instituto Nacional de Previsión y los demás organismos encargados de la sanidad nacional dieron lugar a crecientes conflictos de competencias interministeriales que se prolongaron durante todo el desarrollo del Plan de Instalaciones y que no tuvieron solución hasta la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986.

El Plan preveía dos etapas, y la primera ya estaba en ejecución en 1948. Debían realizarse 34 residencias con una capacidad teórica total de 8.255 camas y 34 ambulatorios que además de servir a los beneficiarios del Seguro permitieran establecer convenios⁵. El objetivo propuesto de ejecutar esta primera etapa en cinco años, a partir del segundo semestre de 1948 en que comenzó el grueso del Plan, apenas pudo alcanzarse en la práctica, gracias en parte al traspaso de fondos del extinto Seguro de Maternidad al fondo de amortización del Plan de Instalaciones⁶.

El mismo año del concurso de anteproyectos del INP, 1946, el arquitecto franco-americano Paul Nelson comenzó a proyectar el Hospital franco-americano de Saint-Lô. Este hospital normando sería el primer ejemplo europeo de hospital de torre y base⁷. Sería un proyecto moderno, como era la sociedad europea de posguerra, del que tomarían nota los sistemas de salud del continente para construir sus hospitales de los años cincuenta⁸. Pero ni el tipo de edificio ni su aspecto moderno eran todavía aceptables como representación del Instituto, como tampoco lo eran para una forma de asistencia protagonizada en todos los ámbitos por unos jefes médicos que preferían conservar la idea del hospital como una superposición de clínicas independientes⁹. Cuando a finales de 1946 el INP seleccionó por concurso a los arquitectos para hacer las primeras residencias sanitarias corrían años de aislamiento internacional, y se mantuvieron las formas y los contenidos más conservadores de los años anteriores a la guerra. Ese mismo año se aprobó también el proyecto del edificio que habría de ser sede del INP y luego lo sería del INSALUD, en el nº 56 de la popular y elegante calle de Alcalá, en Madrid¹⁰. Sus arquitectos Javier Barroso y Enrique García Ormaechea proyectaron un edificio de granito y ladrillo acorde con los gustos y las maneras del Nuevo Estado y con el supuesto carácter de Madrid, y le diseñaron una portada herreriana consecuentemente coronada por el escudo de España con el yugo y las flechas de la Falange.

⁵ En la Primera Asamblea del Instituto Nacional de Previsión sobre el Plan Nacional de Instalaciones se aprobó establecer con carácter obligatorio convenios entre la Dirección General de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad y la Caja Nacional de Seguro de Accidentes de Trabajo. Asimismo se dio autorización para establecer convenios con otras redes de aseguramiento como Montepíos, Mutualidades Laborales y Compañías privadas, y también para atender, según tarifas especiales y sin perjuicio de los beneficiarios directos, a los particulares no asegurados que lo solicitaran.

⁶ El día 14 de julio de 1944 el Consejo del INP se encargó a la Ponencia de Personal que elaborase propuestas sobre condiciones y cuantías necesarias para la construcción de las Instalaciones comprendidas en el Plan. Año y medio después, en la sesión del 20 de diciembre de 1945, se presentó y aprobó el Plan de Financiación encargado, luego modificado por acuerdo del Consejo del 26 de marzo de 1947. Para amortizar las cantidades invertidas en el Plan de Instalaciones se había fijado en el Decreto de 13 de diciembre de 1946 la cantidad a detracer de las primas, y en la Orden de 9 de enero de 1947 se estableció la obligación de ingresar para tal fin en la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad el 1,5748% de las primas recaudadas, cantidad que fue elevada al 3,125% por Orden de 23 de enero de 1948 y fijada en el 3% por Decreto de 29 de diciembre de 1948. El día 30 de noviembre de 1951 se dispuso el traspaso de fondos del Seguro de Maternidad al fondo de amortización del Plan. Tras estudiar diversos procedimientos para arbitrar los recursos necesarios, el 11 de enero de 1952 se promulgó el Decreto por el que se autorizaba al INP a emitir obligaciones por valor de 965 millones de pesetas.

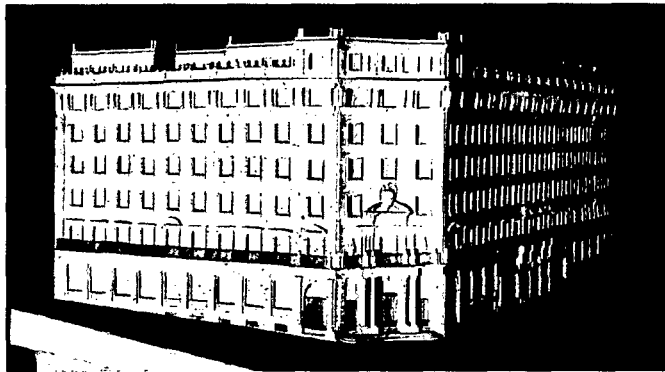
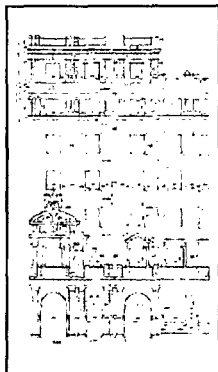
⁷ Véase en el anexo A "El hospital de torre y base", pág. 170-174.

⁸ Véase en el anexo A "El hospital de los sistemas nacionales de salud", pág. 175-177.

⁹ Véase en el anexo A "El hospital monobloque", pág. 160-162.

¹⁰ Véase "El edificio sede del Instituto Nacional de Previsión en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 58-59 (1946)

Proyecto de nueva sede del Instituto Nacional de Previsión en Madrid. J. Barroso y E. García Ormaechea, 1946. Detalle de alzado y maqueta.



Residencia Sanitaria de Alicante. E. de Garay.

Residencia Sanitaria de Gerona. A. Botella.



Las bases del concurso dejaban claro que el Instituto no adquiriría compromiso alguno con los concursantes y que podría utilizar los anteproyectos, premiados o no, a su conveniencia. No obstante, el Instituto decidió finalmente contratar a tres de los arquitectos premiados en el concurso de anteproyectos para un hospital de 500 camas, y en marzo de 1947 Botella, Marcide y Mercadal se integraron en la estructura del Instituto junto a los arquitectos Zavala, Garay y Álvarez de Sotomayor¹¹, si bien como arquitectos contratados por obra y no a sueldo como éstos¹².

Todos los proyectos programados para esa primera etapa se repartieron entre los seis arquitectos. En el reparto se trataron de conciliar las preferencias geográficas de cada arquitecto con su respectiva disposición para sacar proyectos adelante en el menor plazo posible. Por ello se utilizó una fórmula abierta de reparto geográfico según la cual cada proyecto terminado suponía un nuevo encargo. Como es lógico, el procedimiento de adjudicación animó a los arquitectos contratados por obra a correr y dejar rezagados a los de *casa*. Los incentivos consiguieron acelerar el ritmo de producción: los trabajadores más solventes, Marcide y Botella, produjeron respectivamente proyectos para 2.800 y 2.100 camas. Zavala y Mercadal, para 1.225 y 1.100 camas, aunque el miembro del Instituto hizo sólo dos ambulatorios mientras que el contratado hacía siete. Garay y Álvarez de Sotomayor proyectaron sólo para 550 y 480 camas¹³. En favor de los rezagados debe apuntarse que se ocupaban de acondicionar o construir las sedes provinciales del Instituto.

Junto a los arquitectos participó un puñado de personas y empresas igualmente pequeño: los ingenieros Carmelo Monzón y Federico Mestre, los aparejadores Fernando Flórez, José María González Duarte y Miguel Tapia-Ruano, los delineantes Calvo, Carpi y Mateo y unos pocos empleados más. Por su parte la ejecución de estas 72 obras previstas para cinco años se adjudicó casi en exclusiva a cuatro empresas constructoras, Eguinoa Hermanos, Ramón Beamonte, Huarte y Cía S.L. y Agromán S.A.¹⁴. El protocolo de adjudicación se debió determinar con ocasión

¹¹ Entrevista del autor con Aurelio Botella Clarella. 16-11-01.

¹² Los honorarios convenidos con el INP eran el 50% de los fijados en la tarifa colegial. El Instituto aportaba su oficina de proyectos, con delineantes y medios materiales. Las empresas constructoras que trabajaban para el INP aportaban habitualmente planos de ejecución.

¹³ Garay proyectó un total de 550 camas repartidas entre las residencias de Albacete, Alicante y Palencia, y los ambulatorios de Alicante, Guernica, Logroño, Medina de Pomar, Pamplona y San Leonardo de Yagüe. Marcide proyectó 2.800 camas para las residencias de Almería, Bilbao, Burgos, La Coruña, Mahón, Palma de Mallorca, Santiago, Valladolid, Vigo y Zamora, y los ambulatorios de Baracaldo, Bilbao, Ciudadela, El Ferrol, el del Paseo del Dr. Esquerdo en Madrid, Medina del Campo, Medina de Rioseco y Pampliega. Botella proyectó 2.100, en las residencias de Badajoz, Barcelona, Cáceres, Gerona, Granada y Huelva, y los ambulatorios de la calle Quintana en Madrid, Mataró, Naval Moral de la Mata, Trujillo y Zafra. Mercadal proyectó 1.100 camas, en Calatayud, Guadalajara, Mieres, Teruel, Vitoria y Zaragoza, y los ambulatorios de Caspe, Haro, Jaca, Lérida, el de la calle Modesto Lafuente en Madrid, Mieres y Sama de Langreo. Zavala proyectó 1.225, en Cádiz, Córdoba, Sevilla y Valencia, y los ambulatorios madrileños de la Ronda de Segovia y de Vallecas. Y Álvarez de Sotomayor, 480 camas para Lugo, Málaga y Puertollano, y los ambulatorios de Jaén, Lugo y Málaga.

¹⁴ Aparte de las empresas citadas, hubo adjudicaciones excepcionales a tres empresas más. Las empresas Flamarique y José María Puldáin la Bayen se hicieron, respectivamente, con las obras del Ambulatorio de Madrid-Vallecas y de la Residencia de Puertollano, aunque en ambos casos las obras se adjudicaron

Residencia Sanitaria de Zaragoza. F. García Mercadal. Fotografía y maqueta.



talaciones y equipamientos. Era un documento imprescindible, y raro en la historia de la planificación hospitalaria española¹⁹.



En la primera etapa del Plan se construyeron cuatro residencias de más de 500 camas, las de Barcelona, con 764, Zaragoza, con 596, Bilbao, con 583, y Sevilla, con 575. Todas ellas, salvo la última²⁰, que realizaría el arquitecto a sueldo Juan de Zavala, se repartieron entre los arquitectos premiados en el concurso de anteproyectos para hospital de 500 camas. Gracias a su accésit, el arquitecto bilbaíno Martín José Marcide tuvo el encargo de Bilbao²¹; por su parte Fernando García Mercadal, gran amigo de Zavala y que había obtenido el segundo premio, se quedó también con el encargo para su ciudad natal, Zaragoza²². Y Aurelio Botella Enríquez, que no había nacido en Barcelona, sino en Madrid, pero que había obtenido, junto con Sebastián Vilata, el primer premio del concurso para hospital de 500 camas²³, tuvo el encargo de Barcelona. Eran los mayores encargos, pero no los más urgentes.

¹⁹ Las guías españolas de programación y diseño de hospitales han sido escasas a lo largo de la historia. Su origen está en algunas memorias de proyectos de hospitales elaboradas principalmente por ingenieros militares de finales del siglo XIX, origen descrito brevemente en el anexo A, en "Hospitales militares", pág. 209-213. Las memorias de los proyectos continuaron siendo los únicos documentos de descripción de hospitales en España hasta entrados los años setenta, cuando la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria decidió destacar a la arquitecta María Pérez Sheriff, que sabía idiomas, para que elaborara Guías de Programación y Diseño de Hospitales similares a las que se elaboraban en los países desarrollados. Sobre esa etapa puede verse en el anexo D, en "Ley de Hospitales", pág. 263-264.

²⁰ A la Residencia *García Morato* de Sevilla, construida por Agromán, S.A., se le asignó una capacidad teórica de 500 camas, una de proyecto de 524 y una máxima real de 600. Las obras comenzaron en julio de 1950 y su terminación se programó para el primer trimestre de 1953, aunque no fue hasta octubre de 1954. Se inauguró el 22 de enero de 1955. Véase *Residencia Sanitaria García Morato, Sevilla*. Madrid: Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, INP 912, 1955.

²¹ A la Residencia *Enrique Sotomayor* de Bilbao, construida por Eguinoa Hermanos, se le asignó una capacidad teórica de 650 camas, una de proyecto de 586 y una máxima de 702 camas. Las obras comenzaron en mayo de 1949 y su terminación se fechó en mayo de 1953. Véase en este trabajo "cuestiones de forma. Marcide y el compás", pág. 89-90.

²² A la Residencia *José Antonio* de Zaragoza, construida por Huarte y Compañía, S.L., se le asignó una capacidad teórica de 500 camas, una de proyecto de 540 y una máxima real de 596. Las obras de este edificio de dieciséis plantas comenzaron el 3 de mayo de 1948 y su terminación se fechó en diciembre de 1952. En una entrevista para *Arquitectura* 156 (1971) Mercadal se refirió a ella como el mejor proyecto de su carrera profesional.

²³ Véase en este trabajo "El Concurso del INP", pág. 29-33.

Una Residencia cerca de Meirás



Franco inaugurando la Residencia Sanitaria de La Coruña, en agosto de 1950.

Los días 1 de marzo y 19 de agosto de 1948 tuvieron lugar los actos de colocación y de bendición de la primera piedra de la que sería Residencia Sanitaria *Juan Canalejo* en La Coruña²⁴, con la que comenzaron las construcciones del Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad²⁵. Treinta y seis meses después, en agosto de 1950, el Jefe del Estado en persona se desplazó desde su residencia veraniega de Meirás también en las afueras de la capital de la provincia²⁶ para inaugurar esta residencia acompañado por el Ministro Girón y otros altos cargos civiles, militares y religiosos. Se presentaba como una gran obra para su época, que había exigido el



S. - I. CORUÑA.—*Fachada posterior de la Residencia Sanitaria de 250 camas.*
Arquitecto: Sr. Marcide. Iniciación de las obras: 18-8-48.

N.º 8

Postal de la Residencia Sanitaria de La Coruña.

movimiento de 29.000 metros cúbicos de tierra, el gasto de 4 millones de kilos de cemento, de 350.000 de hierro, cerca de 2.000.000 de ladrillos, 140.000 bloques de hormigón y el pago de 300.000 jornales²⁷. Su inauguración se hizo coincidir con el habitual Consejo de Ministros veraniego en el Pazo de Meirás, aunque luego hubo que esperar casi otro año para que entrase en funcionamiento. La patria chica del Jefe del Estado, Ferrol, ahora El Ferrol del Caudillo, sólo contaría con la obra menor de un

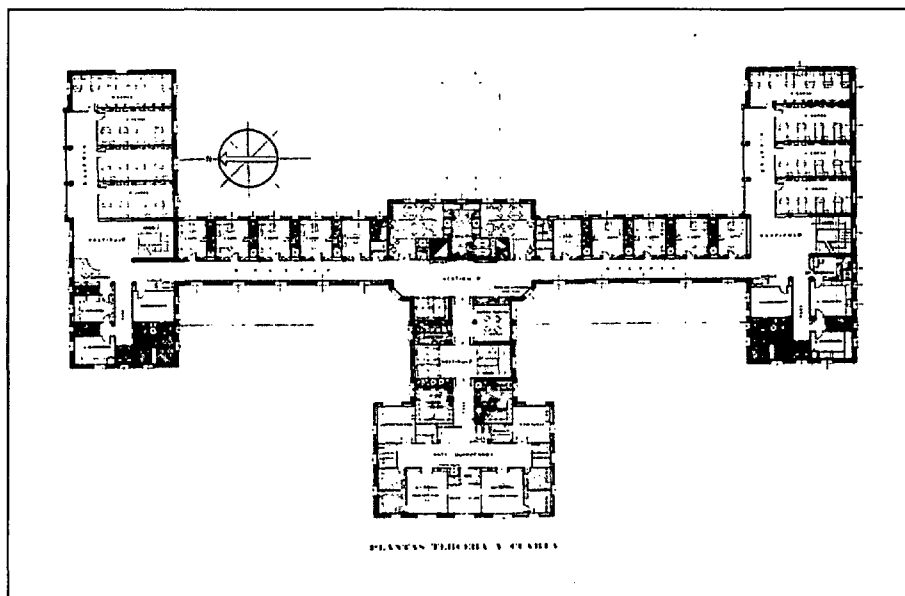
²⁴ El 1 de marzo de 1948 se colocaba la primera piedra de esta Residencia, según consta en la publicación 00896 del INP. El día 19 de Agosto de 1948 el Obispo Vicario Capitular de la Diócesis de Santiago de Compostela bendijo solemnemente la primera piedra de este edificio, según consta en el pergamino realizado *ex profeso*, que aparece en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: Publicaciones del INP, núm. 896, 1953.

²⁵ Véase "Historia de una Residencia. La Coruña", en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, op. cit. (1953). El comienzo de obra de la Residencia de Puertollano, del arquitecto a sueldo Germán Álvarez de Sotomayor, tuvo lugar en julio de 1947, nueve meses antes que el de la Coruña, pero pasó inadvertido. Se trataba de una obra minúscula, con solo 26 camas teóricas.

²⁶ Como fue habitual, la Residencia se construyó entre los kilómetros 2 y 3 de la carretera de la Coruña a Madrid, algo retirada del centro urbano, por temor a los contagios, o "a los miasmas", por boca popular.

²⁷ En los folletos divulgativos de las Residencias del SOE se publicaban sistemáticamente estos datos que fotografiaban el esfuerzo del Estado en pro de gentes.

Residencia Sanitaria de La Coruña. M. J. Marcide. Planta tipo.



ambulatorio²⁸ en esta primera etapa²⁹, pero la capital de su provincia natal sería la que estrenase y estimulase el orgulloso Plan de Instalaciones³⁰.

La Residencia *Juan Canalejo* fue proyectada por Marcide, como el resto de instalaciones de la provincia³¹. Era también un monobloque de planta de avión, aunque su orientación no era la canónica, en vuelo hacia el sur, sino hacia poniente. Por ello Marcide decidió desplazar el estar de enfermería a su borde norte, en lugar de respetar su posición habitual en la cabecera de los *motores*, y utilizarlo también como zona de paso a las soleadas habitaciones múltiples. Además lo acristaló a imagen de las galerías marineras de la Coruña. Esta residencia carecía del ambulatorio que para economizar se situaba habitualmente anexo a las residencias del Seguro. Por lo común, la entrada del ambulatorio anexo a una residencia ocupaba el extremo opuesto a la entrada principal del hospital, de forma que ambos establecimientos pudiesen compartir los recursos clínicos con el mínimo de interferencias. En La Coruña, en cambio, el sitio del ambulatorio lo ocupó una capilla cuando habría sido mejor situar en ese lugar la entrada de Urgencias, tal como tendió a disponerse años después, cuando las instituciones cerradas hasta entonces abrieron al ciudadano la vía directa de Urgencias³².

En la Coruña los recursos sanitarios del SOE se fraccionaron más de lo que fue habitual en los comienzos del Plan de Instalaciones. Sus 450 camas se repartieron entre dos residencias, una en la capital³³ y otra en Santiago³⁴, en lugar de concentrarse en la capital, como se hizo en el resto del territorio nacional. Y a su vez se pusieron

²⁸ El Ambulatorio *Isidro Fontela Maristany* de Ferrol se terminó hacia 1955. Ocupaba una situación privilegiada, en plena Plaza de España, junto a una de las mayores esculturas ecuestres de su promotor, Francisco Franco, recientemente trasladada a las cercanías del Museo Naval, en el Arsenal Militar.

²⁹ Unos años después tocó el turno de construcción de la residencia de Ferrol. Se denominó *Residencia Sanitaria Arquitecto Marcide*.

³⁰ El final de obra de la Residencia de Valencia, del arquitecto a sueldo Juan de Zavala, tuvo lugar en diciembre de 1949, nueve meses antes que el de la Coruña, pero se trataba de una obra de adaptación. A comienzos de 1948 el INP había adquirido un edificio a medio construir para hospital del Ayuntamiento, y Zavala lo había adaptado para hospital del SOE.

³¹ En esta provincia Marcide proyectó las residencias de la Coruña y Santiago y los ambulatorios de Ferrol y Betanzos, todos ellos construidos por la empresa Ramón Beamonte.

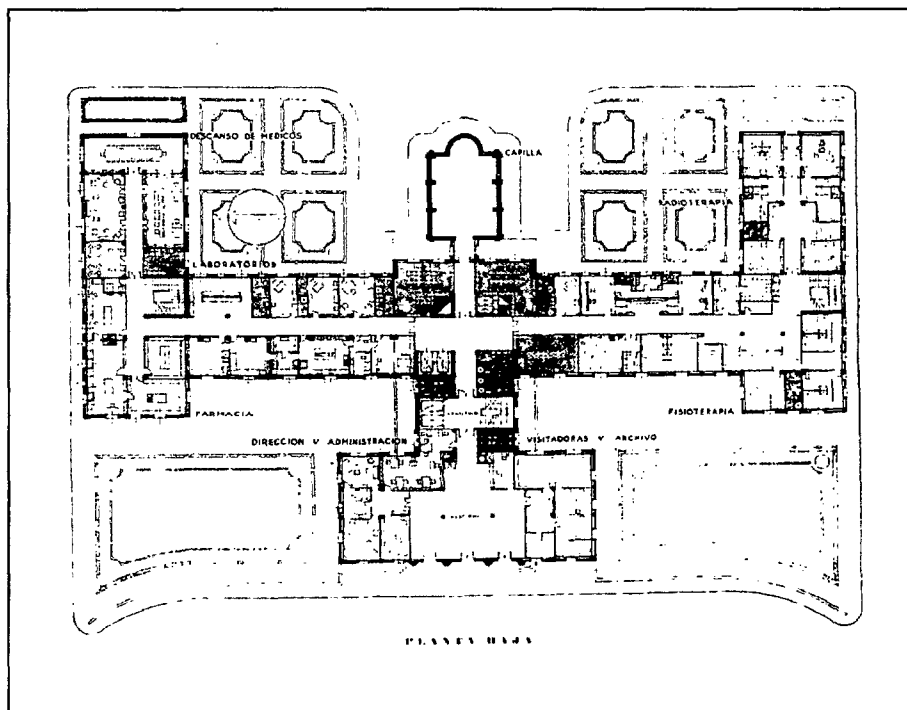
³² Véase el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.

³³ En la fecha de su puesta en marcha, la Residencia *Juan Canalejo* con capacidad de 225 camas, ampliable a 275 si las habitaciones individuales se convertían en dobles, tenía adscritos 259.822 asegurados, es decir, una cama por cada mil asegurados. En 1952 la capacidad de camas había alcanzado su máxima real, 291 camas.

³⁴ El Plan asignaba a la Residencia de la Coruña una capacidad de 250 camas. Se proyectó para 225 camas, y con una capacidad máxima de 291. El proyecto de la Residencia de Santiago contenía 197 camas, y contemplaba una capacidad máxima de 217.

en marcha dos ambulatorios, uno en Ferrol y otro en Betanzos³⁵. Quizás la Junta Ejecutiva del Plan tuvo en cuenta, como se haría más tarde, que la población de esta provincia, diseminada en una multitud de pequeñas aglomeraciones, requería también el reparto geográfico de sus instalaciones sanitarias para aproximarlas a la población.

Residencia Sanitaria de La Coruña. Planta baja y fachada principal.



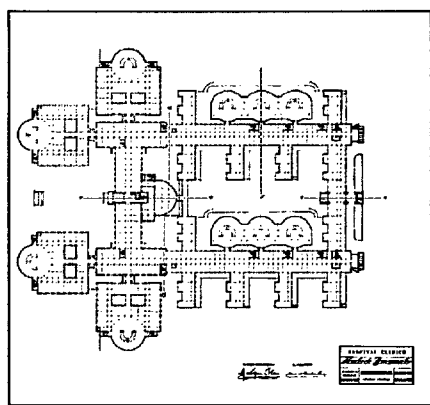
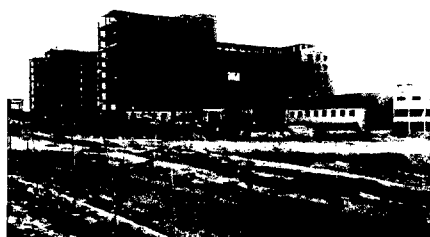
Residencia Sanitaria de Santiago, La Coruña. M. J. Marcide.

Los arquitectos de las residencias sanitarias trabajaron con cierta intención monumental cuando proyectaron las residencias, y también se impusieron una búsqueda anacrónica del "estilo arquitectónico que se adaptara mejor al carácter de la ciudad"³⁶, como hicieron otros arquitectos al servicio del PNA y de los organismos oficiales en la posguerra. Pero los argumentos de idoneidad local quedaron siempre sin concretar, mientras que lo monumental aprovechaba el gran volumen que tenían los hospitales comparado con los edificios de las ciudades. El carácter se limitó en general a imitar los acabados de los estilos tradicionales, a falta de otras consideraciones de arquitectura. Marcide, que tenía asignadas las obras de la Coruña y del Ferrol, las revistió con zócalos y jambeados de granito y con la pintura blanca tan comunes en los edificios históricos de esas ciudades. En Santiago, en cambio, utilizó revestimientos de piedra del lugar. En alguno de sus discursos el Ministro Girón se hizo eco de estos intentos de hacer arquitectura grande y tradicional por procedimientos timoratos y recitó: "A la hora presente, y como casi por obra de magia, una cadena de fortalezas de la paz, las Residencias Sanitarias, está jalonando las fronteras interiores de España como castillos adelantados de la justicia social"; y eso era cierto en muchos aspectos. Era cierto porque el Plan de Instalaciones mejoró sustancialmente la calidad sanitaria del país. También era cierto porque las residencias se situaban en las *fronteras* de las ciudades, un poco al margen de éstas, por los motivos de prevención ya expuestos en este trabajo. Pero también lo era porque sus dimensiones, frente al perfil todavía bajo de las ciudades españolas de posguerra, les hacían asemejarse a los *castillos adelantados* de Girón. Las residencias del Seguro cambiaron la fisonomía urbana de las ciudades; y los próceres del régimen asociaron su imagen a la de las catedrales o los alcázares, que, por su función religiosa y militar encarnaban el espíritu de los tiempos.

³⁵ Aunque el ambulatorio de Betanzos no pertenecía a la primera etapa del Plan, sino a la segunda, en un Mapa de Residencias y Ambulatorios del Seguro realizado en 1952 aparecía como edificio terminado. Véase *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Publicaciones del INP, 1952. La segunda etapa del Plan de Instalaciones se presentó en 1953.

³⁶ Véase en este trabajo "El concurso del PNA", pág. 9-13.

Barcelona y el caso de Madrid



Hospital Clínico de Madrid. Manuel Sánchez Arcas. Proyecto 1928-30. De arriba abajo, estado de las obras a comienzos de 1936, planta de basamento hacia 1930, y fotografía interior tomada durante la guerra civil.

El mayor edificio de esta primera etapa o fase, como se denominó quizás por dotar de una analogía celeste al plan de instalaciones, fue la Residencia Sanitaria de Barcelona³⁷. En Madrid se programaron actuaciones para la siguiente etapa, pero no llegaron hasta mucho después, una vez instaurada la Seguridad Social, cuando el mismo Caudillo inauguró con pocas horas de diferencia la Residencia *La Paz* y el Centro de Especialidades Médico-Quirúrgicas *Puerta de Hierro*, que abrieron un nuevo curso de política sanitaria y social³⁸. Hasta entonces, los beneficiarios del seguro obrero en la capital del país tuvieron que conformarse con las estructuras sanitarias ya existentes aunque muy insuficientes, que eran la Clínica del Trabajo, la Residencia Maternal y las residencias sanitarias de la Calle Ibiza y del Paseo de Santa María de la Cabeza, con un total de 250 camas. En 1952 se integró también, como Centro de Especialidades Quirúrgicas, el Pabellón 8 de la Ciudad Universitaria³⁹, y con él las instalaciones del Seguro en Madrid alcanzaron la cifra total de 424 camas⁴⁰, similar a la programada para Córdoba o Badajoz⁴¹. Es posible que el Instituto Nacional de Previsión tuviese intención de establecer algún convenio de mayor envergadura con el Hospital Clínico de *San Carlos*, en reconstrucción desde 1941, si bien no consta ningún concierto hasta 1968, año en que el hospital universitario completó sus instalaciones y firmó un acuerdo de colaboración con el INP como hospital de referencia del sector oeste⁴².

Este hospital del campus universitario madrileño, proyectado en los últimos años de reinado de Alfonso XIII, comenzó sus primeras obras durante la II República. Al llegar la guerra se encontraba sin terminar y se transformó entonces en un puesto avanzado de las tropas de Franco. Así se mantuvo durante los tres años de contienda, resistiendo continuos ataques que lo dejaron arruinado. Las obras de reconstrucción se prolongaron mucho más de lo esperado, y los primeros enfermos no llegaron al campus universitario hasta 1952, al Pabellón 8. Los presupuestos que la Universidad podía destinar a las obras del nuevo Hospital Clínico eran ridículos frente a los manejados por la Caja Nacional del Seguro Obrero. Por ello hasta 1967 muchos de los servicios del hospital clínico no pudieron trasladarse desde su antiguo emplazamiento, que constituía una parte del Hospital General de Atocha, al nuevo edificio empezado por Manuel Sánchez Arcas y continuado por Miguel de los Santos tras la depuración del gran arquitecto republicano. Ese traslado de los últimos servicios clínicos de la Universidad instalados todavía en Atocha tuvo que realizarse a la fuerza y con prisas, porque su propietaria la Diputación Provincial, obligada desde siempre a compartirlo con la Universidad, estaba también de mudanzas. Con la evacuación y consiguiente cierre del edificio, la Diputación forzó también el traslado de su molesto inquilino,

³⁷ Véase Hospital en Barcelona, en *Arquitectura* 19 (1960). Pág. 19-20.

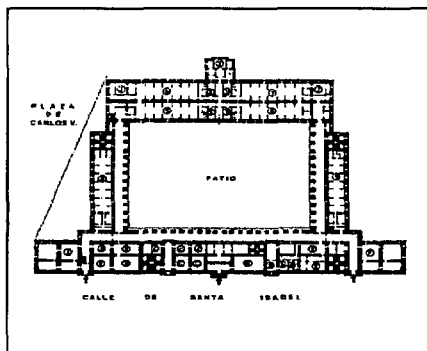
³⁸ Véase el anexo "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.

³⁹ La Facultad de Medicina de la CUM consta de ocho pabellones. El pabellón 8 es el más cercano al Hospital Clínico.

⁴⁰ La capacidad de los hospitales existentes en Madrid era la siguiente: el Centro de Especialidades Quirúrgicas, 174; Clínica del Trabajo, 100 camas; Residencia Maternal, 38 camas; Residencia de la calle Ibiza, 70 camas; y Residencia del Paseo de Santa María de la Cabeza, 40 camas. Los datos se han extraído de un álbum de fotografías del Ministerio de Trabajo denominado *Capillas del Instituto Nacional de Previsión* que se conserva en la biblioteca de la sede del Insalud, que antes lo fue del INP, en la calle Alcalá, 54, de Madrid. El álbum contiene las fotografías de las capillas de todas las Residencias Sanitarias de la primera etapa del Plan e informa sobre el nombre de pila, la capacidad y el arquitecto autor de cada una de ellas.

⁴¹ Para Córdoba se programaron 350 camas. La capacidad máxima de la Residencia construida fue de 439 camas. Para Badajoz se programaron 400 camas, y la capacidad máxima de la Residencia construida fue de 448.

⁴² www.msc.es/insalud/hospitales/hcsc/información/index.htm



Hospital General de Madrid. Francisco Sabatini, 1756-1781.



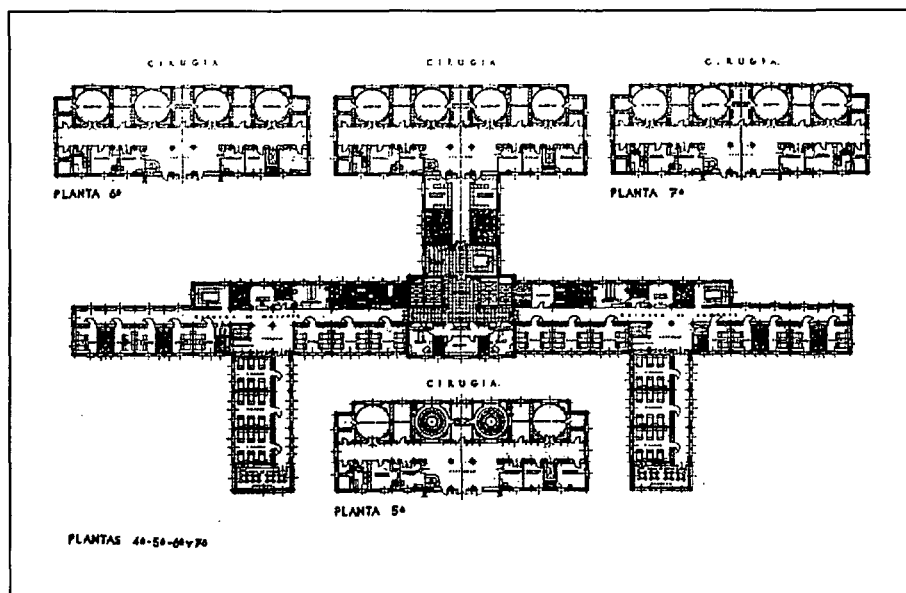
Residencia Sanitaria de Barcelona. A. Botella.

⁴³ Periódicamente, la Diputación Provincial presentaba quejas por tener que soportar la ocupación de parte de sus instalaciones. Véase *El hospital Provincial de Madrid y las clínicas de la Facultad de Medicina*. Madrid: Imprenta Provincial, 1903. Véase también Valladares, Ricardo. *Hospital Provincial de Madrid*. Madrid: Diputación Provincial, 1968.

⁴⁴ El hospital de San Juan de Dios es uno de los más antiguos de Madrid; la congregación religiosa se había ocupado desde el Renacimiento de dar asilo y cuidados a los afectados por enfermedades venéreas. Con la organización administrativa del país y tras el proceso de desamortización iniciado por Javier de Burgos, la recién creada Diputación Provincial se hizo cargo del Hospital General de Atocha y de sus filiales, los hospitales de la Pasión y de San Juan de Dios. En 1897 éste de San Juan se trasladó desde el centro de Madrid a unos terrenos del borde oeste limítrofes con el Paseo de Ronda del "Plan Castro". La diputación provincial montó allí un magnífico hospital de pabellones prefabricados y lo dejó al cuidado de la orden religiosa. Para su instalación se recurrió a una patente de prefabricación que había sido diseñada durante la guerra franco-prusiana por el ingeniero francés Tollet, y que se había hecho muy popular.

⁴⁵ El antiguo Hospital General de Madrid, luego Hospital Provincial de Madrid trasladó en 1968 sus servicios asistenciales a la Ciudad Sanitaria Provincial *Francisco Franco*, recién construida sobre los terrenos del Hospital de San Juan de Dios, entre las calles del Doctor Esquerdo, Ibiza, Máiquez y Doctor Castelo. El nuevo gigante de 3.585 camas se inauguró un día de celebración del Alzamiento Nacional, el 18 de julio de 1968. Ese mismo día se inauguró también el Hospital Psiquiátrico *Alonso Vega*, otra nueva institución provincial de 1.200 camas situada en Valdelatas, junto a la carretera de Colmenar, obra también de Marcide. "En ambas inauguraciones estuvieron presentes el Generalísimo Franco, Jefe del Estado, y el General Camilo Alonso Vega, Ministro de Gobernación", anunció el NODO en las pantallas de cine. Muerto Franco, el hospital cambió su nombre por el de *Gregorio Marañón*.

⁴⁶ En el transcurso del Plan de Instalaciones Sanitarias el Instituto Nacional de Previsión actuó al margen del resto de organismos sanitarios trató de evitar cualquier intento de coordinación. Véase el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.



Residencia Sanitaria de Barcelona. Plantas tipo.

Para explicar el caso de Madrid se han adelantado acontecimientos, pero conviene volver al orden cronológico de este trabajo y de nuevo a los tiempos de la cartilla de racionamiento. Pospuesta la programación de Madrid, Barcelona se pondría a la cabeza del Plan de Instalaciones con la Residencia Sanitaria de mayor envergadura, de 750 camas o 764 de máximo real, y hasta 812. Cifras algo dispares, pero que el Instituto manejó a conveniencia en sus publicaciones. Y esta "gran obra de la revolución nacional española"⁴⁷ estaría dedicada a Francisco Franco, "la mano que la puso en marcha", según una referencia surrealista puesta en su boca⁴⁸. El encargo de Barcelona se confiaba a un arquitecto experimentado en el proyecto de hospitales de todo tipo⁴⁹, que tenía lazos de sangre y de amistad con los médicos que entonces planificaban, gestionaban y administraban los hospitales españoles como si se tratara casi de un negocio particular.

Aurelio Botella tomó el trazado en planta de avión de su primer premio como base de proyecto del Francisco Franco; pero para ponerlo a punto tuvo que corregir tantas piezas que prácticamente solo se conservaron los materiales de acabado y la traza, aunque no es poco si se tiene en cuenta que fueron empleados nueve millones de ladrillos, según unas cuentas de capataz de obra que pretendían convertirse en el símbolo de grandeza de las actuaciones institucionales.

En el proyecto premiado del concurso las unidades de enfermería contenían en su mayor parte habitaciones de 1 ó 6 camas. Las múltiples ocupaban su lugar habitual en los motores, mientras que las alas contenían habitaciones individuales y comedores del personal y de los pacientes, todos ellos orientados hacia el sur. Tan buena orientación para tantos locales hacía que las alas fueran excesivamente largas y estrechas y transformaran la silueta de este cuatrimotor en una más esbelta, pero más incómoda. Además, los diferentes servicios del hospital estaban muy entremezclados a lo largo de todo el edificio, y la dotación de ascensores era escasa para sus 12 pisos.

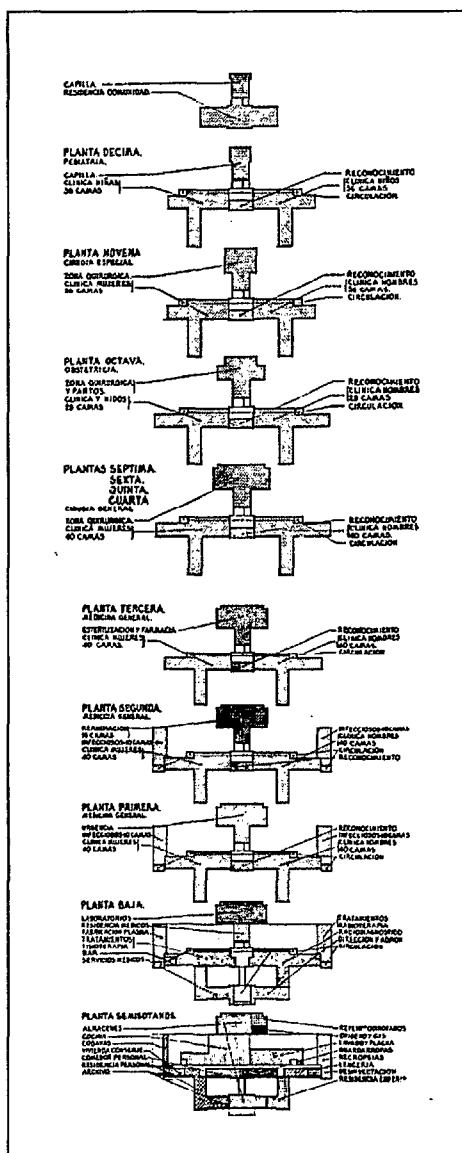
Para la obra de Barcelona el esquema de avión se hizo más compacto y mejor zonificado. Las alas y los motores se destinaron exclusivamente a unidades de hospitalización. Las habitaciones múltiples permanecieron en los motores, pero las individuales de las alas se sustituyeron por habitaciones dobles. También para acortar la excesiva

⁴⁷ Ésta fue otra las muchas flores que dedicó Franco a su plan de instalaciones. Véase *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Madrid: Publicaciones del INP. 1953, pág. 3.

⁴⁸ Autorreferencia extraída de un discurso del General Franco, publicada como cita ejemplar en *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*: "Levantamos estos edificios sanitarios en todos los lugares donde no existían, llenando una necesidad que estaba esperando desde hace muchos años la mano que los pusiera en marcha."

⁴⁹ Véase en este trabajo "El Concurso del INP", pág. 29-33.

longitud del edificio, los comedores se desplazaron desde las alas a los frentes de los motores, y para aumentar la compacidad se llevaron los aseos y locales de apoyo al borde norte de las alas. Además se incrementó el número de ascensores y de quirófanos, de tres a cuatro quirófanos por planta⁵⁰.



Residencia Sanitaria de Barcelona. Esquema funcional.

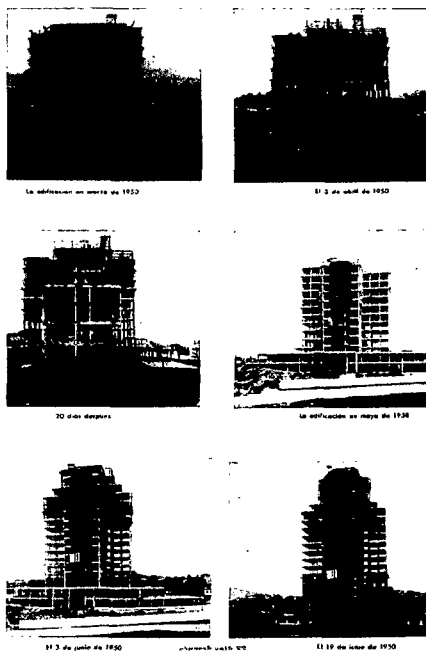
⁵⁰ Los sucesivos proyectos de Aurelio Botella Enríquez para el Seguro de Enfermedad se mantuvieron sobre ese mismo trazado hasta la muerte del arquitecto, en 1972. Durante esos años el programa de los hospitales del Seguro varió, la medicina se especializó mucho, y se operó un gran cambio en el sistema de prestaciones, que pasaron de conformarse como una serie de seguros a un sistema de Seguridad Social que además incrementó sus prestaciones. Sin embargo, durante la etapa en que Botella formó parte del equipo de arquitectos del Instituto, los criterios de gestión de los hospitales se mantuvieron en buena medida, y el director médico mantuvo su puesto de responsable último del funcionamiento de los hospitales. La traducción de ese protagonismo médico a términos de proyecto fue que continuó valiendo el hospital proyectado por apilamiento de las clínicas particulares de cada jefe de servicio, es decir, que el hospital en planta de avión americano de los años veinte era todavía el preferido por los médicos españoles de los años setenta.



Portada de una publicación conmemorativa del X Aniversario de implantación del S.O.E.

“El Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, ejecutado bajo las consignas de justicia social dadas por S.E. el Jefe del Estado, Francisco Franco, ha sido realizado por el Instituto Nacional de Previsión bajo las inmediatas órdenes del Ministro de Trabajo, José Antonio Girón de Velasco. ¡ARRIBA ESPAÑA!”. Así se cerraba el texto de presentación de *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*⁵¹, un extenso folleto publicado en 1952 para conmemorar el X Aniversario del Seguro Obrero de Enfermedad. Todos los ambulatorios y residencias construidos o en fase de ejecución aparecían fotografiados en el folleto, clasificados por riguroso orden alfabético y acompañados por los nombres de sus autores y en su caso por su número de camas. Ese era el grueso de la publicación. Aparte, se incluía información detallada de tres de las obras firmadas por Marcide, las residencias de La Conuña, Vigo y Bilbao, en particular de la primera, que ya se había inaugurado. No aparecía información sobre otras obras, lo que puede indicar que Marcide comenzaba a mover fichas para hacerse con la oficina de proyectos del Instituto. La jugada no debió sentar bien a sus colegas de la oficina de proyectos, porque en una publicación posterior que mantuvo básicamente el contenido de la primera - editada esta vez con el título de *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*⁵² - se incluyó información complementaria de al menos una residencia de cada uno de los afectados, si bien Marcide volvió a copar el protagonismo.

Rencillas aparte, el balance presentado en *Instalaciones Sanitarias* era excelente. Para el Instituto las instalaciones levantadas durante la primera etapa del Plan, que se daba prácticamente por terminada⁵³, competían en calidad con las mejores del mundo, y como prueba irrefutable de esta excelencia hispánica se aportaba una documentación fotográfica comparativa de “Residencias Españolas y Hospitales extranjeros”, que por ser extranjeros no merecían la mayúscula que correspondía a las Españolas⁵⁴. En cada página se mostraban dos imágenes generales de sendos hospitales, uno extranjero y otro local, junto a sus nombres, y nada más. Aparecía, por ejemplo, la fotografía del Hospital General de Los Ángeles junto a la de la Residencia de Granada, o la del Hospital de Nueva York junto a la de Vigo, o la del Sanatorio de Colmar con la de Bilbao. A juicio del Instituto esas “Residencias Españolas” y esos “Hospitales extranjeros” mostrados a dúo eran perfectamente equiparables; los dos primeros porque tenían dos *motores*, los segundos porque eran altos y los terceros porque eran largos. No se quiso aclarar que el hospital californiano tenía siete veces la capacidad de la residencia granadina⁵⁵, ni que el programa del pequeño rascacielos vigués habría cabido en una sola planta del gigante neoyorquino⁵⁶, ni que frente al alarde de músculos del vasco el alemán hacía virtud de su delgadez en un experimento que alcanzaba unas proporciones extremas⁵⁷. Tampoco se aludió a la diferencia de edad entre estos hos-



Muestra parcial de la cronología fotográfica de obra de la Residencia Sanitaria de Vigo

⁵¹ *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP. Publicación n° XXXVI bis1, 1952.

⁵² *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: INP. Publicación n° 896, 1953.

⁵³ En *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*, de marzo de 1952, junto a las fotografías de cada Residencia sanitaria aparecían los nombres de arquitecto y empresa constructora y las fechas de comienzo y finalización de la obra. Se había previsto que la obra más retrasada, la Residencia de Burgos, estaría terminada en el cuarto trimestre de 1953. En la edición posterior, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, que acabó de imprimirse el 25 de diciembre de 1953, junto a las fotografías de cada Residencia sanitaria se omitieron fechas. En el apartado “Situación actual” se informaba que las 34 residencias y 34 ambulatorios de la primera etapa del Plan ya estaban completamente terminados, pero varias obras se prolongaron hasta 1955.

⁵⁴ Las mayúsculas y minúsculas utilizadas en la publicación se han respetado aquí: Residencias Españolas y Hospitales extranjeros.

⁵⁵ El Hospital General de Los Ángeles tenía 2444 camas, la Residencia de Granada, 350 camas.

⁵⁶ La superficie construida total de la residencia era de 18.600 m², casi idéntica a la ocupación en planta del hospital neoyorquino, de 18.200 m².

⁵⁷ El hospital de Colmar era un *terrassenbau* de 250 metros de longitud por siete y medio de ancho. Véase en el anexo A “Los hospitales de los modernos”, pág. 163. Sobre la expresiva residencia bilbaína, véase en este trabajo “Cuestiones de forma. Marcide y el compás”, pág. 89-90.



*Hospital General de Los Angeles. 2.444 camas.
Allied Architects, 1932.*

*Residencia Sanitaria de Granada. 350 camas.
A. Botella, 1953.*

Franco pronunciando "un trascendental discurso" en la inauguración de una Residencia.

"Lo que se ha dicho del Seguro de Enfermedad". Reseña publicitaria del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, 1953.

pitales punteros de los primeros años treinta y esas residencias aún incompletas pero pretendidamente iguales. Las propias imágenes denunciaban la diferencia, pero tal vez nadie reparase en ello dado que entonces lo diferente era España. La diferencia se entendía como lo mejor y merecía anunciarse con mayúscula frente a la minúscula importancia de lo extranjero, como en los chistes de la época. Tengo un Seiscientos, ¿cuál tienes tú?, preguntaba el español; yo un *mercedes*, le contestaban. Ah, ése también es bueno.

Aún así, en la reedición de 1953 las comparaciones aparecieron reducidas a una escueta aunque trascendental frase presumiblemente pronunciada por Franco en alguno de sus discursos para el décimo aniversario del Seguro, que decía: "Jamás se ha realizado en España una obra tan grande en tan poco tiempo, ni creo que se haya realizado en el extranjero". El párrafo sintético del prócer se hizo acompañar en página por otros dos comentarios también elogiosos, esta vez enunciados por comprobadas autoridades extranjeras, el Director General del Seguro Social chileno y un anestesta de Oxford⁵⁸. Las comparaciones aparecían resumidas, pero se mantuvo el grueso del volumen con la lista de actuaciones previstas para los diez años siguientes, que habrían de completar el Plan de Instalaciones. En 1953 continuaba celebrándose el Seguro, y la lista prevista venía también floreada con otra selección de enardecidas citas de los mandatarios del Plan clasificadas en riguroso orden protocolario, con el Generalísimo Franco a la cabeza, seguido del Ministro Girón, del Director General del INP Fernando de Coca y de otras autoridades de menor rango.

Frases supuestamente históricas adobaron también una serie de breves folletos de tirada mucho mayor destinada a divulgar la instalación de las Residencias y Ambulatorios del SOE: "Levantamos estos edificios sanitarios en todos los lugares donde no existían, llenando una necesidad que estaba esperando desde hace muchos años la mano que los pusiera en marcha" (Francisco Franco). O bien: "Una de las obras más bellas que jamás haya emprendido ningún político hasta Franco" (José Antonio Girón). O esta otra anónima: "Ni el mecenas más munificente, ni el César más espléndido emprendieron jamás este camino con la rapidez, la energía y la clarividencia que demandaba la idea genial del Caudillo, ni tuvo un realizador como quien hoy lleva el timón de la política social del Régimen"⁵⁹. Los folletos se ocupaban también de las biografías de los Héroes de la Cruzada de Liberación que prestaban su nombre a las residencias, porque los primeros hospitales del Plan de Instalaciones Sanitarias que comenzaron a construirse en 1948 adoptaron en su mayoría los de los grandes y pequeños héroes, *Franco, García Morato, Ruiz de Alda, Sanjurjo, Yagüe*⁶⁰, etc. Las biografías comenzaron a aparecer publicadas por orden del ministro Girón como presentación de los folletos divulgativos de las realizaciones del INP a partir de 1954⁶¹. La devoción militar se compensó con algunas denominaciones de vírgenes, *del Mar, Montetoro o Sonsoles*⁶², de santos, *Bárbara y Pedro de Alcántara*⁶³, e incluso de un obispo, *Polanco*⁶⁴. Y al fundador de la Falange, quizás porque a los ojos del falangista Girón su tocayo reunía la doble condición de héroe y santo, se le dedicaron dos, una con su nombre, *José Antonio*, y otra con la fecha de su fusilamiento, *20 de Noviembre*⁶⁵. Esa doble nominación no la tendría ni Franco hasta

⁵⁸ Véase en "Lo que se ha dicho... del Seguro de Enfermedad" en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, op. cit. (1953)

⁵⁹ Véase la colección *Residencias y Ambulatorios*. Publicaciones del INP núm. 911-919 y 922-926, 1954 y 1955. El primero de los folletos, dedicado a la Residencia *Antonio Coello Cuadrado* de Logroño, se acabó de imprimir, según maqueta y dibujos de Vegas, en la Imprenta Mossén Alcover, de Palma de Mallorca, el día 1 de octubre de 1954.

⁶⁰ Estaban así denominadas, respectivamente, las residencias de Barcelona, Sevilla, Granada, Valencia y Burgos.

⁶¹ Véase la colección *Residencias y Ambulatorios*. Publicaciones del INP núm. 911-919 y 922-926, 1954 y 1955.

⁶² Así denominadas las residencias de Almería, Mahón y Ávila, respectivamente.

⁶³ Residencias de Puertollano y Cáceres.

⁶⁴ Residencia Sanitaria de Teruel.

⁶⁵ La Residencia Sanitaria *José Antonio*, en Zaragoza, y la Residencia Sanitaria *20 de noviembre*, en Alicante, donde había sido fusilado el fundador de la Falange.



MINISTERIO DE TRABAJO
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION
CAJA NACIONAL DE SEGURO DE ENFERMEDAD

UNA OBRA DE JUSTICIA SOCIAL DE
FRANCO

LAS INSTALACIONES SANITARIAS
DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

PLAN NACIONAL

67 Residencias con 16.000 camas,
206 Ambulatorios.

I. G. Magaña, S. A.

Traslado en 1943 del cadáver de José Antonio
desde Alicante al Escorial.



Esta es la gran obra de la revolución nacional española. Tenía que venir el Movimiento Nacional pleno de ambiciones y de contenido social para que estas obras tan justas y necesarias se realizaran.

FRANCO

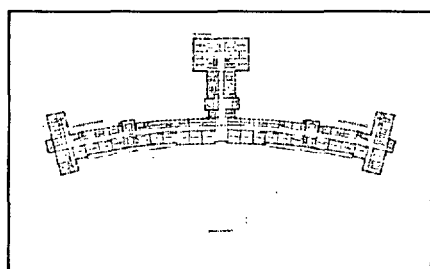
El trabajador no debe atorgarse en la beneficencia, es un soldado del trabajo a quien se atiende como bajo en el servicio.

GIRON

que, andado el tiempo, la *unidad de destino*⁶⁶ hizo coincidir la fecha de su muerte, 20 de noviembre, con la del *mártir* fusilado, igualando así los créditos nominales de los dos prohombres. Así en acto de revancha, el último aliento de Franco valió para empañar el nombre de su vecino en la cripta del Valle de los Caídos.

⁶⁶ En el ideario de la Falange española José Antonio propugnaba que España era una Unidad de Destino. En palabras de José Antonio Primo de Rivera, era necesario un gobierno de salvación nacional para que España, concebida como *unidad de destino en lo universal*, volviera a sus auténticos orígenes, que se encontraban amenazados por tres peligros: la anarquía de los partidos políticos, los separatismos y la lucha de clases. Durante el franquismo la *unidad de destino en lo universal* se convirtió en una *coletilla* habitual, como puede ser ahora *España va bien*.

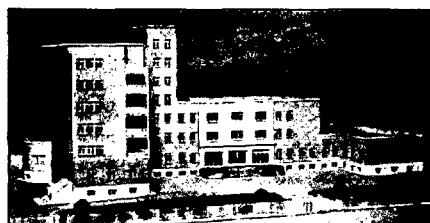
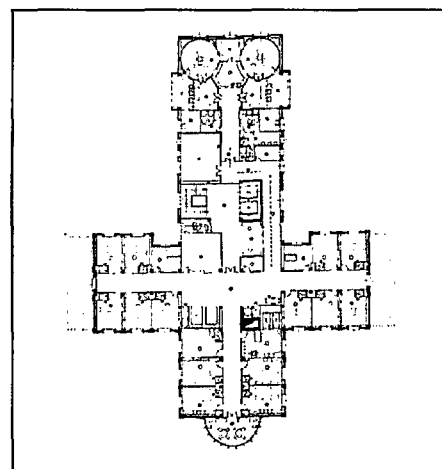
Primeros cambios



Arriba, Residencia Sanitaria de Sevilla. J. de Zavala. Vista general y planta tipo.

A la derecha, Residencia Sanitaria de Vigo. M. J. Marcide. Vista General y planta tipo.

Abajo, Residencia Sanitaria de Palencia. E. de Garay. Maqueta.



En la primera etapa del Plan la mayoría de Residencias adoptaron una traza con la forma simétrica de un avión. Esa había sido la propuesta también unánime de los participantes del concurso, con un ala destinada para cada sección femenina o masculina de enfermería, la cola a zona quirúrgica, y el fuselaje a las circulaciones verticales de ascensores y otros servicios generales. Por lo general, la enfermería se repartió entre las plantas por unidades pareadas de alrededor de treinta camas, aunque en ocasiones y para reducir su altura se prefirió situar cuatro unidades por planta, como ocurrió en la Residencia *García Morato* de Sevilla⁶⁷, de Juan de Zavala. En otras con una sola unidad fue suficiente para cubrir las necesidades de la provincia, como ocurrió en la minúscula Residencia *Santa Bárbara* en Puertollano⁶⁸, de Germán Álvarez de Sotomayor; y a veces por falta de terreno se hizo necesario situar una sola unidad por planta, como ocurrió en la pequeña Residencia *Lorenzo Ramírez* en Palencia, de Eduardo de Garay. Aquí, su condición impar permitió al arquitecto y Conde Valle de Suchil saltarse a la torera la norma obligada de simetría que reinaba en otros proyectos de alojamiento mixto o bisexual, así denominado alguna vez⁶⁹. También tuvo una sola unidad de enfermería por planta la más alta y esbelta residencia de todo el Plan de Instalaciones, la Residencia *Almirante Vierna* en Vigo, de Martín José Marcide. En ese caso se trataba de destacar, y la esbeltez impuesta obligó a

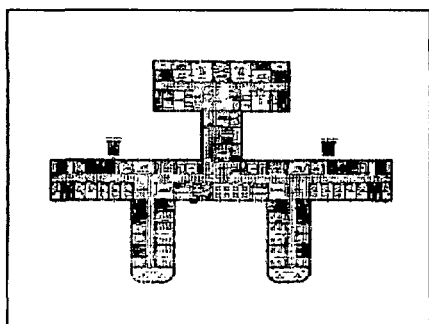
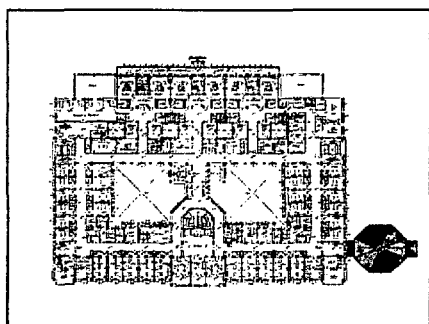
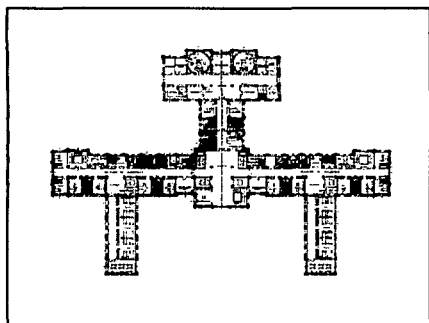
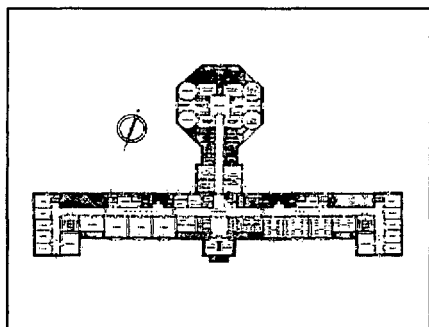
reducir la capacidad de cada unidad de enfermería a unas veinte camas, en lugar de las treinta habituales. A diferencia de su noble colega, Marcide se sometió a la simetría habitual. Quizás para un plebeyo era más difícil olvidar la condición institucional del edificio y proyectar una residencia asimétrica, y el respeto a las formas dió lugar a una que pronto tuvo apodo socarrón, o *carallo*, a pesar del empeño de Girón en que se viera como una catedral de la medicina⁷⁰.

⁶⁷ Véase Zavala Lafora, J. "Residencia Sanitaria Joaquín García Morato" en Obras, Revista de Construcción 85 (1955), pág. 85-104.

⁶⁸ La Residencia de Puertollano fue la más pequeña de todo el Plan de Instalaciones Sanitarias. Sus treinta y dos camas daban servicio en 1953 a diez y ocho mil asegurados; además incluía un ambulatorio. Véase *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: Publicaciones del INP n°. 00896, 1953. Según aparece erróneamente en esta publicación, la Residencia fue inaugurada el 17 de abril de 1950. En realidad, esta obra construida por la empresa José María Puldán la Bayen se terminó en febrero de 1951, que es la fecha señalada en la publicación mejor documentada sobre las construcciones de la primera etapa del Plan: *Instalaciones Sanitarias del Seguro Obrero de Enfermedad*.

⁶⁹ En los años veinte, en las clasificaciones de género de los sanatorios del Real Patronato Antituberculoso de España los términos "mixto" y "bisexual" se utilizaba indistintamente.

⁷⁰ En una de las páginas dedicadas a la Residencia de Vigo en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias* se ponía en boca de Girón la frase "Estas catedrales de la Medicina..."



La similitud del conjunto de residencias del INP permite seguir el rastro de los cambios que se registraron ya durante las primeras obras. En los primeros proyectos del Seguro Obrero las habitaciones podían tener seis, cuatro, dos o una cama. Las individuales o las dúplex solían estar dotadas de aseos independientes, y el resto de servicios comunes por planta. Pero muy pronto las demandas médicas tendieron a reducir la capacidad de las habitaciones y a incorporar un cuarto de baño propio a todas. Comenzaron entonces a proyectarse habitualmente con tres camas⁷¹, quizás para evitar promiscuidades homosexuales, tal como se venía haciendo en otros proyectos de alojamiento compartido⁷².

En la Residencia *Francisco Franco* en Barcelona, de Aurelio Botella Enríquez, más de la mitad de las camas de cada unidad de enfermería pertenecía a habitaciones múltiples, y el bloque quirúrgico para cada dos unidades de enfermería contaba con cuatro quirófanos. Su homóloga granadina, la Residencia *Ruiz de Alda*, también de Botella, no tenía ya habitaciones de seis camas, y contaba con la mitad de quirófanos. Lo mismo puede decirse con los proyectos consecutivos de Marcide para Almería y Bilbao. El proyecto compacto de la Residencia *Carlos Haya* en Málaga, de Germán Álvarez de Sotomayor, incorporaba ya aseos a todas las habitaciones, que no pasaban de las tres camas. Esa incorporación de aseos y esa reducción del número de camas también aparecía recogida en la Residencia *Virgen del Lluch* en Palma, de Marcide. Este edificio añadía además unas terrazas a la mayoría de habitaciones, según la costumbre asumida para la construcción residencial del país, logrando restarle solemnidad.

Un defecto de las primeras residencias, provocado por la situación del grupo de ascensores y escalera, intermedia entre el bloque quirúrgico y el de hospitalización, era un cruce de circulación entre residentes y visitantes poco recomendable para unos hospitales dedicados específicamente a la hospitalización quirúrgica. El inconveniente se procuró solucionar con la separación total de los ascensores metiendo los de médicos, enfermos y material dentro del grupo quirúrgico. Valga como primera muestra la Residencia Sanitaria *20 de Noviembre* en Alicante, de Garay⁷³. Por otra parte, como los hospitales del Seguro de Enfermedad estaban concebidos como hospitales de especialidades dispuestos en vertical, con agrupaciones de quirófanos por planta dedicados en exclusiva a cada especialidad médica, el rendimiento que podía obtenerse de los diversos grupos quirúrgicos era muy desigual, algunos casi paralizados y otros sometidos al ritmo de las listas de espera. Esa organización ineficiente no dejó de utilizarse en hospitales del Instituto hasta los últimos años setenta, con realizaciones tan conspicuas e inadecuadas como el Centro de especialidades Ramón y Cajal⁷⁴.

De arriba abajo:
Residencia Sanitaria de Almería. M. J. Marcide.
Residencia Sanitaria de Granada. A. Botella.
Residencia Sanitaria de Málaga. Germán Álvarez de Sotomayor.
Residencia Sanitaria de Alicante. E. de Garay.

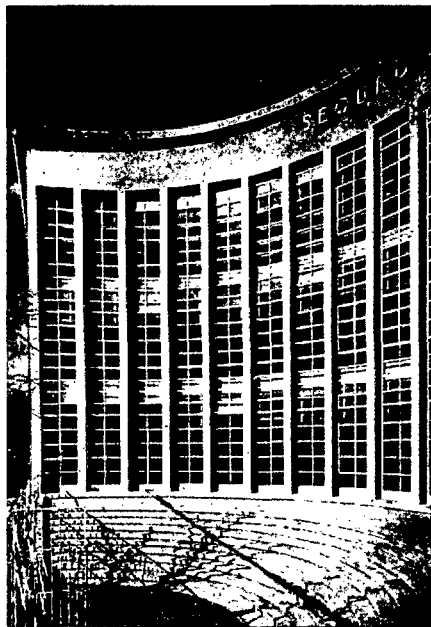
⁷¹ Los cambios fueron comentados por Marcide en su artículo "Estado actual de la arquitectura hospitalaria en España", publicado en *Arquitectura* 19 (1960). Marcide explicaba que después de sopesar durante años las variables entre habitación individual o múltiple se había llegado al "equilibrio en la habitación de tres camas". Pero en realidad la decisión se tomó muy al comienzo del Plan, tal como ilustran proyectos consecutivos del propio Marcide. La Residencia de Bilbao, por ejemplo, comenzada solo diez meses después del acto de colocación en la Coruña de la primera piedra del Plan, se proyectó ya con la mayoría de habitaciones para tres camas, aunque sin aseos independientes. La Residencia de Palma, que comenzó a construirse sólo ocho meses después de la de Bilbao, ya contaba con aseos independientes.

⁷² Las habitaciones de las residencias de estudiantes españolas de los años cuarenta y cincuenta también eran habitualmente triples o individuales.

⁷³ Véase "Residencia Sanitaria para trescientas camas en Alicante", en *Arquitectura* 19 (1960), pág. 28-29.

⁷⁴ Véase en este trabajo "Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas Ramón y Cajal", pág. 113-119.

Primeros Ambulatorios



De izquierda a derecha, los ambulatorios de la calle Dr. Esquerdo (Madrid), Palmpliega (Burgos), y el Ferrol (La Coruña). M. J. Marcide. Tres proyectos contemporáneos preparados, respectivamente, para una gran capital, un pequeño pueblo y una ciudad mediana.

Las residencias y los ambulatorios del Plan de Instalaciones eran eslabones consecutivos del programa de prestaciones del Seguro de Enfermedad. Casi sin excepción, todo beneficiario del Seguro debía acudir primeramente al ambulatorio y desde allí, en su caso, se ordenaría el ingreso en la residencia, previo paso por la inevitable lista de espera. Para la organización del Seguro las residencias eran instalaciones cerradas y los ambulatorios instalaciones abiertas. Se había organizado así, y el correspondiente plan de instalaciones no hizo sino asumirlo diseñando las respectivas redes de ambulatorios y residencias sanitarias. La red de aquéllos debía ser muy densa a fin de aproximarse a los beneficiarios, mientras que la de residencias podría estar más espaciada, porque su proximidad no se juzgaba como una condición básica para el buen funcionamiento del Seguro.



Para la primera etapa del Plan de Instalaciones se programó la construcción de 34 de las 67 residencias sanitarias y de sólo 34 de los 206 ambulatorios que debían instalarse a lo largo del Plan. En la segunda etapa se dio prioridad a la construcción de ambulatorios. La idea debió ser igualar la proporción de ambulatorios y de residencias sanitarias para mejorar el rendimiento de la asistencia durante la ejecución del Plan, que en 1960 debía verse completa. Pero el ritmo de las obras fue más lento de lo previsto. Debido a la escasez de materiales, rara vez llegaron a consumirse las cifras del Plan anual de inversiones, y los resultados previstos para 1960 no llegaron a alcanzarse hasta entrados los años setenta⁷⁵. Durante los años cincuenta se terminaron las instalaciones de la primera etapa y se avanzó en la construcción de ambulatorios, pero hasta el final de la década no volvieron a proyectarse residencias sanitarias.



Ambulatorio de San Fernando, Cádiz. F. Cavestany. Primera concesión del INP a la modernidad.

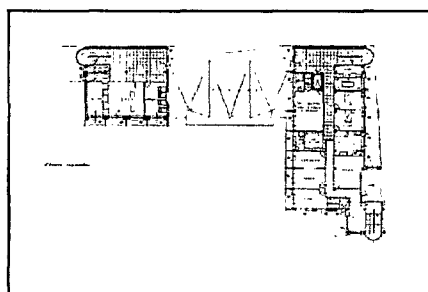
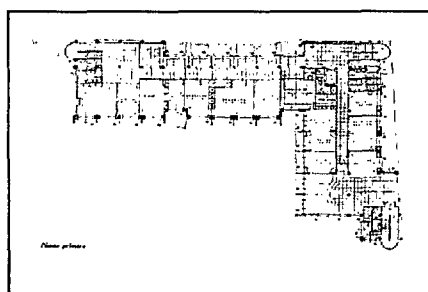
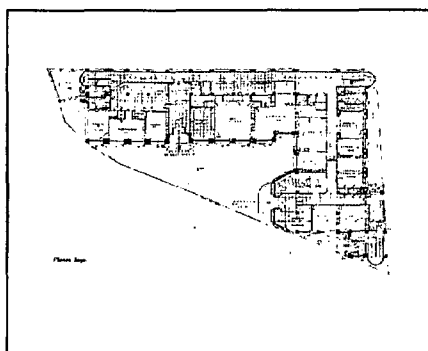
El ambulatorio *Hermanos Laulhé* en San Fernando fue el primero de los presentados por el aparato de propaganda del Instituto en sus folletos de gran tirada⁷⁶. El pequeño edificio gaditano no aparecía consignado en las listas del Plan⁷⁷; sin embargo, ocupó el tercer número de la colección de folletos ya citada, publicada a partir de 1954 por orden de Girón en homenaje a sus héroes y a las instalaciones sanitarias del Seguro, "castillos roqueros de la justicia social" en boca del apasionado ministro. Los dos primeros folletos de la colección presentaban las heroicas biografías de combate del niño capitán de requetés Coello Cuadrado y del temido piloto de caza nacional Comandante García Morato, a quienes se dedicaban las residencias de Logroño y de Sevilla⁷⁸. En el tercer número se narraba la historia de guerra de dos jóvenes desconocidos que habían dado su vida por España, los hermanos Laulhé, quizás militares de rango inferior o civiles a quienes se rendía homenaje con el ambulatorio gaditano.

⁷⁵ En 1973 estaban en funcionamiento 197 ambulatorios, 62 residencias y 8 ciudades sanitarias; había además 40 ambulatorios en construcción y 96 en proyecto. Véase *Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid: INP nº 1.247, 1973.

⁷⁶ Véase *Ambulatorio Hermanos Laulhé*. Madrid: Publicaciones del INP, nº 913, 1955.

⁷⁷ El Ambulatorio de San Fernando no aparece en las lista de obras y proyectos de la primera fase ni en la de previsiones de la segunda fase publicadas en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*.

⁷⁸ Residencias Sanitarias *Antonio Coello Cuadrado* y *Joaquín García Morato*, respectivamente, publicaciones nº 911 y 912 del Centro de Estudios y Publicaciones del INP.



Su arquitecto era Fernando Cavestany, un joven titulado recién incorporado al exclusivo grupo de arquitectos del INP por recomendación de Garay⁷⁹. Anteriormente había trabajado como dibujante en la *Revista Nacional de Arquitectura*, desde noviembre de 1950 hasta octubre de 1954⁸⁰. Al partir, la revista le rindió un pequeño homenaje de despedida publicando el ambulatorio en su número de noviembre⁸¹, y muy poco después, en abril de 1955, el INP le daba la bienvenida de igual modo⁸². Y no porque el ambulatorio fuera precisamente una muestra representativa del INP, sino más bien porque era su primera concesión a la modernidad. Cavestany había llegado tarde al reparto de residencias y ambulatorios de la primera etapa, pero pudo hacerse sitio con el encargo de este ambulatorio que no aparecía en las listas del Plan de Instalaciones.



Ambulatorio de San Fernando, Cádiz. Plantas y vista principal.

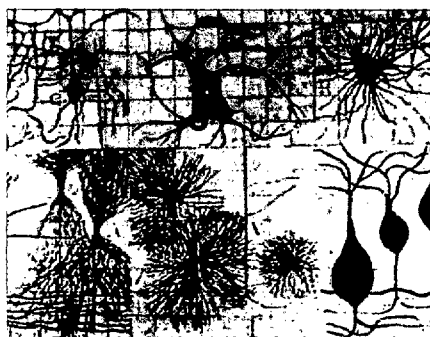
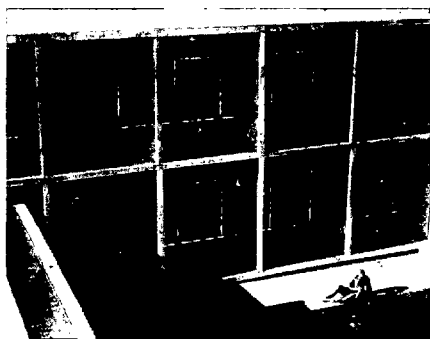
Desde hacía tiempo, la revista de procedencia del joven titulado había comenzado a mostrar proyectos internacionales y a olvidarse de asuntos rancios, aunque no pasaría página hasta algo después. Sin embargo, a Cavestany su vocación moderna le pedía demostrar que la arquitectura que por internacional llamaban desarraigada podía entonar bien con cualquier contexto, y este ambulatorio destinado al medio de un pueblo blanco andaluz le brindaba una ocasión perfecta. Las jóvenes generaciones de entonces rendían culto al denominado empirismo nórdico y a la revista californiana *Arts & Architecture*. La revista de culto informaba sobre artes visuales y se entendía que los proyectos de un edificio, una escultura o la etiqueta de un jersey debían encararse con las mismas reglas para la mano y el ojo. Como hacían Ray & Charles Eames en su estudio de Pacific Palisades, el grupo *Mogamo* de Madrid experimentaba indistintamente con pequeños montajes de exposición, esculturas de homenaje a Gaudí o estructuras espaciales para museo de arte en la Castellana. Cavestany era gran amigo de sus integrantes, e invitó a Gabino, el que ponía la sílaba intermedia en el nombre

⁷⁹ El arquitecto jefe de proyectos del INP Eduardo de Garay y Garay, Conde Valle de Suchil, era un prohijado del Ministro de Agricultura Rafael Cavestany, que tenía en el ojo derecho a su sobrino aspirante. Entrevista del autor con Enriqueta Cavestany. 23-11-01.

⁸⁰ Fernando Cavestany apareció por primera vez como dibujante de la RNA en su número de noviembre de 1950, todavía como estudiante. En julio de 1951 apareció por primera vez como arquitecto. Durante todo ese tiempo, y hasta octubre de 1954, apareció en los créditos de todos los números de la revista, como dibujante, formando cuadrilla junto al arquitecto José Luis Picardo.

⁸¹ Véase "Ambulatorio Hermanos Laulhé en San Fernando (Cádiz)", en *Revista Nacional de Arquitectura* 155 (1954), pág. 1-6. Véase también "Ambulatorio del Seguro de Enfermedad Hermanos Laulhé, de San Fernando (Cádiz)", en *Obras* 83 (1955), pág. 29-34.

⁸² En la solapa de la portada del folleto aparecía: "Este folleto, tercero de una serie de folletos destinada a divulgar la instalación de las Residencias y Ambulatorios del Seguro Obligatorio de Enfermedad y las biografías de los héroes de la Cruzada de Liberación que las titulan, se acabó de imprimir, según maqueta y dibujos de Vegas, en la Imprenta Mossén Alcover, de Palma de Mallorca, el día 1 de abril de 1955".



Ambulatorio de San Fernando. Detalle de fachada.

Ambulatorio de San Fernando. Interior.

Ambulatorio de Avilés. F. Cavestany. Vista general.

Ambulatorio de Torrelavega. F. Cavestany. Mural cerámico del área de espera.

del grupo⁸³, a participar en su primer encargo público. Amadeo Gabino trabajaba junto a Cavestany en la RNA, en labores de maquetación, y también se despidió de ella en el número anterior al de publicación del ambulatorio⁸⁴.

Los jóvenes amigos se enfrentaron en San Fernando con un primer proyecto de cierta envergadura. Era un encargo institucional para el contexto popular, pero sus autores lo querían moderno. Para entonar el ambulatorio en el lugar revistieron su zócalo con aplacados de la piedra conchífera local y el resto lo pintaron de blanco. Los recursos modernos y la experiencia podrían pensarse tomados de un amplio repertorio de obras admiradas. Asplund, Miró, Moore, Loos o Le Corbusier pudieron inspirar parcialmente este conglomerado de elementos modernos. Muebles blandos, cerámicas coloreadas, esculturas vaciadas, tiradores *boomerang*, recercados de pavés y fachadas de columbario se hallaban puestos en obra todavía con poco oficio pero con entusiasta determinación. Cavestany se haría acompañar por un amigo artista habitualmente en sus trabajos⁸⁵.

El ambulatorio de San Fernando se encuentra catalogado en el apartado "Lugares públicos y nuevos programas" del registro ibérico DoCoMoMo. Catalogación sin duda merecida, aunque no se trate de un proyecto redondo. Cavestany acababa de comenzar su carrera de arquitecto y apuntaba buenas maneras, como el tiempo se encargaría de confirmar. Pero todavía trabajaba con los recursos del principiante que se divierte llevando a la obra un conglomerado de citas de autor aún sin demasiado oficio. Era su primer trabajo para el Instituto, y encaja en el conjunto de las primeras instalaciones sanitarias como habría encajado un ritmo de Cugat en el Desfile de la Victoria. Y quizás fuera ese su mayor valor, el de revulsivo en el INP contra la tradición mal entendida y en pro de la arquitectura moderna, puede que desenfundada, pero optimista.

Con esta obra la Previsión española aceptó por primera vez una forma de representación moderna y pareció asumir la condición de servicio público de sus edificios mejor que la representación institucional que había utilizado hasta la fecha. El joven Cavestany ya estaba incorporado al Instituto y contagiaria de modernidad a sus veteranos compañeros de oficina, pero todavía no en los grandes proyectos. Las residencias sanitarias de la primera etapa del Plan estaban todavía en marcha y las de la segunda ya anunciadas, pero no comenzarían a proyectarse hasta finales de la década. Durante ese tiempo el arquitecto novato se hizo con los útiles del oficio en obras de ambulatorios sin olvidar su condición de moderno ni a sus amigos artistas. Para Avilés proyectó un nuevo esquema de ambulatorio tipo que sería base del proyecto de ambulatorios modulares de los años sesenta. El proyecto de Avilés era esquemático, modular, funcional y neutro, un soporte perfecto para que los murales de su amigo y viejo camarada de revista Joaquín Vaquero Turcios y el grupo escultórico de su prima Margarita Cavestany pudieran lucir sin que el edificio les hiciera sombra. Cavestany pudo repetir la experiencia de colaborar con amigos artistas en el ambulatorio de Torrelavega, otro ambulatorio modular de las mismas fechas. Esta vez invitó a Manuel Suárez Molezún y de nuevo a Amadeo Gabino. Llevaron a cabo una interpretación de Miró en unos murales cerámicos que transcribían dibujos de histología de Santiago Ramón y Cajal.

⁸³ El nombre del grupo era MOGAMO, MolezúnGabinoMolezún, que eran Ramón Vázquez Molezún, Amadeo Gabino y Manuel Suárez Molezún.

⁸⁴ Amadeo Gabino, escultor, figuró como responsable de maquetación de la RNA entre diciembre de 1953 y octubre de 1954. En el número de noviembre ya no figuraba.

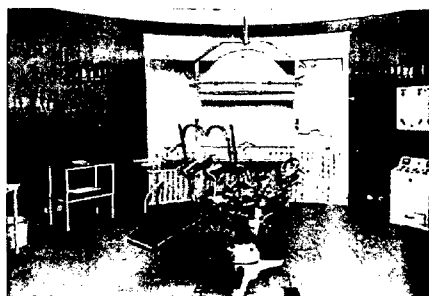
⁸⁵ A lo largo de su trayectoria Cavestany colaboró en varios proyectos con artistas. En el texto principal de este trabajo se citan algunas de las colaboraciones en proyectos del INP. Fuera del Instituto también tuvo algunas colaboraciones importantes. Entre las primeras destaca la de la Universidad Laboral de Córdoba, que fue proyectada por Cavestany junto con el veterano arquitecto Miguel de los Santos y a Francisco Robles y Daniel Sánchez Puch. El proyecto se redactó en 1952, pero no se completó hasta 7 años después con la construcción de su monumental iglesia en forma de cáscara esférica con planta triangular. Incluía los habituales grupos escultóricos, en los que trabajaron Suárez Molezún, Gabino, Carretero y Escassi. Los lunetos de la iglesia se cerraron con tres vitrales de Suárez Molezún y Escassi. Poco antes de su temprana muerte, en los primeros setenta, proyectó junto con Farreras, Gabino, S. Molezún y J.L. Sánchez en el Banco *Credit Lyonnais* de la Avenida diagonal en Barcelona. Véase *Arquitectura* 16 (1960), pág. 14, *Arquitectura* 52 (1963), pág. 18-20, y *Arquitectura* 14 (1972), pág. 9-18.

Primeros resultados



Fotografía nocturna de la Residencia Sanitaria de Gerona. A. Botella.

La puesta en marcha del Seguro permitió que un número importante de trabajadores fuese atendido en el país en igualdad de condiciones con la población de mayores posibilidades económicas, pero todavía fue mayor la repercusión de la puesta en marcha del Plan Nacional de Instalaciones. La nueva red de hospitales, repartida de forma homogénea sobre el territorio, mejoró de un modo sustancial las condiciones de trabajo de los médicos, que encontraron en los nuevos establecimientos del Seguro unos medios de exploración, diagnóstico y tratamiento muy superiores a los que podían encontrar en el término medio de los hospitales privados. El ambiente de un trabajo más adecuado permitiría pronto fijar bases para la acreditación del médico especialista⁸⁶ y acabar con la extendida práctica de la posguerra de los médicos que se anunciaban pícaramente colgando en su puerta el cartel genérico de *médico especialista* para captar una clientela despistada. Por su parte, los enfermos se encontraron también en ese nuevo ambiente, totalmente distinto al que era habitual en los centros sanitarios corrientes, y fueron superando su arraigado sentimiento de desgracia ante el ingreso en un hospital. Con la apertura de las residencias sanitarias la asistencia a partos comenzó a trasladarse a los hospitales, a pesar de contravenir las predicciones del Dr. Espinosa, en su día redactor del Plan de asistencia a la maternidad e infancia en el Seguro de Enfermedad⁸⁷.



A la derecha, Quirófano y habitación múltiple de una residencia sanitaria.



Hospital de Sant Pau, Barcelona. Sala de enfermería, hacia 1960.

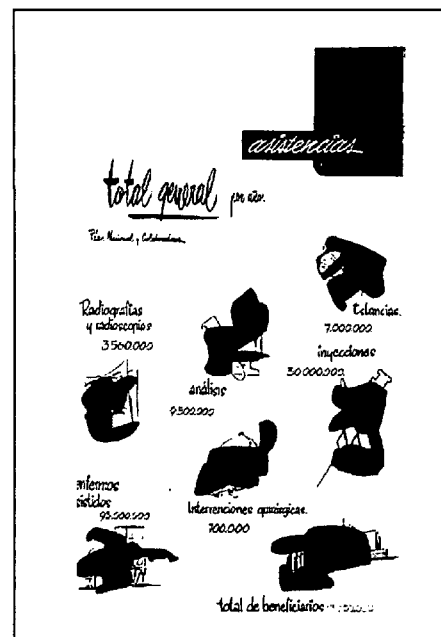
La red de hospitales del Seguro se convirtió en poco tiempo en la mayor y mejor equipada estructura sanitaria del país, y permitió homogeneizar conocimientos y preparación de los médicos y demás profesiones sanitarias. Por otro lado, la labor educativa desarrollada en los ambulatorios fue determinante para que mejorasen las condiciones higiénico sanitarias en los hogares y la población comenzase a conceder importancia a la medicina preventiva, lo que contribuyó a reducir considerablemente los índices de mortalidad. El concepto moderno de sanidad da por descontado que las instituciones asistenciales no se limitan a una tarea de reparación de daños sino, entre otras muchas cuestiones, a la protección de la salud y al seguimiento del convaleciente hasta su completa recuperación. Los ambulatorios, lugares de trabajo de los médicos de familia, establecieron desde temprano la conexión deseable entre los beneficiarios y los grandes hospitales. De esta forma la previsión social española se adelantó tres décadas a las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata en 1978, en la antigua Unión Soviética⁸⁸.

⁸⁶ En 1955 se promulgó la Ley de Especialidades Médicas. Con anterioridad a esa ley los médicos llegaban a especializarse por interés particular, pero no se requería título complementario para ejercer como especialista.

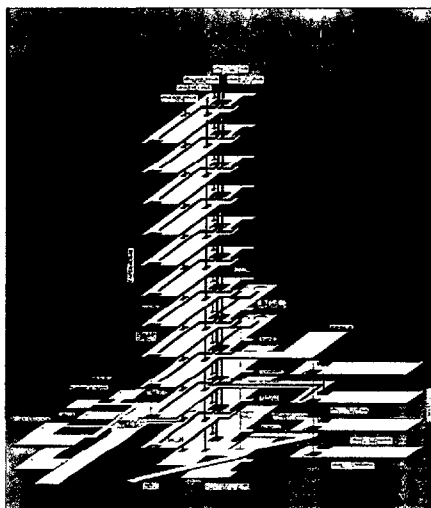
⁸⁷ En 1952 el 11,72 % de los partos atendidos por el Seguro se asistió en las Residencias Sanitarias.

⁸⁸ Véase Alma-Ata. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1978.

Dos reseñas publicitarias de las actuaciones del S.O.E. al término de la primera etapa del Plan de Instalaciones Sanitarias.

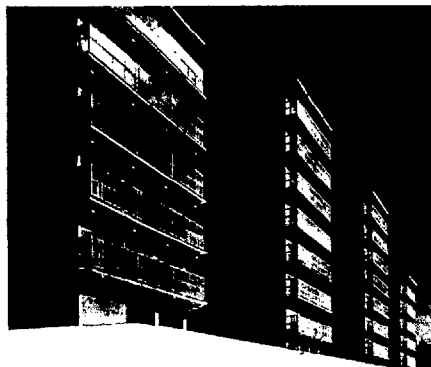


Es cierto que las dotaciones del Seguro se instalaron en unos edificios que otros países consideraban inútiles para sus formas de asistencia médica y que tuvieron y tienen un comportamiento rígido frente a los cambios acelerados de la medicina y de la asistencia médica, pero el esfuerzo que el régimen medía con su millón de metros cúbicos de movimiento de tierras, el cuarto de millón de arena, y un tercio de millón de grava, las ciento cuarenta mil toneladas de cemento y veinte mil de hierro, los ciento cinco millones de ladrillos y seis millones largos de bloques de hormigón y dieciséis millones de jornadas de trabajo de ocho horas puestas en obra supuestamente entre agosto de 1948 y diciembre de 1953 lograron mejorar la calidad de la asistencia médica en un grado reconocidamente imprevisto hasta por los más iluminados próceres del Movimiento Nacional.



III. CAJONES NORMALIZADOS. SEGUNDA ETAPA DEL PLAN

Revisión de proyectos. Hospital teórico

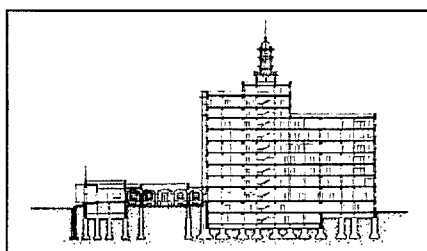


Hospital de la Princesa, Madrid. M. Martínez Chumillas, 1944-54. En primer término, terrazas de las salas de estar.



Residencia Sanitaria de Almería. M. J. Marcide. Vista general.

Residencia Sanitaria de Sevilla. J. de Zavala. Sección transversal por grupo quirúrgico.



En la página anterior, "esquema sencillo de hospital en bloque".

Durante la posguerra española la gestión completa de la inversión pública en construcción de hospitales estuvo a cargo de la Dirección General de Sanidad y del Instituto Nacional de Previsión. La Dirección General era financiada por el Estado a través del Ministerio de la Gobernación. Destinó una pequeña parte de sus presupuestos a la construcción en Madrid del hospital de la beneficencia general del Estado, el Hospital de la Princesa¹, y al cuidado de unos hospitales provinciales todavía parecidos a los asilos para pobres. La mayor parte se invirtió en el Patronato Nacional Antituberculoso y en su plan de construcciones sanitarias. A este plan se debía que los ingresos de Sanidad hubieran pasado de menos del 1% de los presupuestos generales del Estado en los primeros años cuarenta hasta alcanzar el 1,5% a mitad de los cincuenta. Pero por esas fechas las curas farmacológicas de la tuberculosis se generalizaron, y se decidió paralizar las obras del Patronato². En consecuencia, hacia 1958 los presupuestos de la Dirección General volvieron a descender³, y ya con menos atribuciones ocupó a parte de su personal en relaciones con diversas corporaciones internacionales. Como fruto de ello se promovieron nuevas leyes que conducirían a renovar los programas de hospitales⁴.

Por su parte, el Instituto Nacional de Previsión a mitad de los cincuenta había completado la primera etapa de su Plan de Instalaciones Sanitarias y tenía en marcha la segunda. En contraste con la Dirección General de Sanidad, el Instituto se nutría con aportaciones directas de empresas y trabajadores que no dejaban de crecer, lo que le permitía a su vez incrementar su cualificada red de instalaciones, si bien al ritmo lento que impuso la escasez de materiales de construcción durante la posguerra. En todo caso, a esas alturas la red de instalaciones sanitarias ya había arrebatado al Patronato el liderazgo que éste había ostentado en los primeros años de posguerra, y la nueva situación de declive del Patronato no hizo sino reforzar ese liderazgo que ahora ejercería en solitario.

Las primeras Residencias Sanitarias del Seguro de Enfermedad se habían concebido como policlínicas con sus especialidades quirúrgicas agrupadas en vertical. Por lo general, cada uno de sus pisos contenía un par de unidades de hospitalización y un bloque quirúrgico asignados en exclusiva a cada una de las especialidades que contemplaba el Seguro. En la década de los cincuenta los arquitectos del Instituto trabajaron siempre sobre los mismos esquemas en planta de avión y con programas muy similares. El esquema parecía funcionar, y bastaba ir ajustándolo en proyectos consecutivos⁵. Pero a medida que el Plan de Instalaciones avanzaba se observó que

¹ El Hospital de la Princesa o de la Beneficencia General del Estado serviría como hospital de referencia de los hospitales provinciales. Las diputaciones provinciales tenían por obligación que contar con una maternidad, un hospital general, un psiquiátrico y un hospital infantil. Para los casos que no pudiesen atenderse en los provinciales, el Estado contribuía con los hospitales de la Beneficencia General del Estado, centralizados en Madrid. Eran el Instituto Oftálmico y los Hospitales del Rey, de la Princesa y del Niño Jesús.

² Véase en este trabajo "Desarrollo y clausura del Plan de Construcciones del PNA", pág. 23-24.

³ La evolución de los presupuestos de la Dirección General de Sanidad fue ascendente hasta 1958. En 1900 representaba el 0,08% de los gastos generales del Estado, y en 1910 el 0,12%. Se alcanzó el doble de ese presupuesto en 1921, y durante la Segunda República creció muy rápidamente. En 1930 se destinaba el 0,27%, pero en 1932 ya había alcanzado el 0,36, y el 0,71 en 1933. En los primeros años de posguerra el presupuesto de sanidad seguía estando por debajo del 1%, y no alcanzó esa cifra hasta los últimos años cuarenta. Desde entonces hasta 1958 continuó incrementándose, y llegó a ser del 1,5%. La progresión positiva de los presupuestos de sanidad tuvo un paréntesis entre 1958 y 1967 en que volvió a descender por debajo del 1%. Desde entonces ha evolucionado en ascendente.

⁴ Véase el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.

⁵ Véase en este trabajo "Primeros cambios", pág. 50-52.

con esa organización se obtenía un rendimiento muy desigual de los diversos grupos quirúrgicos, y que era habitual que algunos estuvieran casi paralizados y otros no dieran abasto.

Hacia el año sesenta, mientras el Director General de Sanidad Jesús García Orcoyen comenzaba a preparar el terreno de la futura Ley de Hospitales y su tocayo el vicesecretario de estudios del Ministerio de Trabajo Romeo-Gorriá comenzaba a recabar información para implantar por ley el sistema de Seguridad Social⁶, el Instituto Nacional de Previsión estudiaba un proyecto alternativo de hospital para el Seguro Obrero. Se trataba de un proyecto teórico y de futuro incierto, ya que todo dejaba ver que las nuevas leyes traerían grandes cambios. Los promotores del hospital teórico eran los doctores Aliseda, Junquera y Santos y el arquitecto Marcide. Manuel Santos⁷ estaba a punto de sustituir en la asesoría de proyectos a Siro Azcona, que tras haber liderado la planificación de residencias y ambulatorios desde el comienzo del Plan de Instalaciones acababa de solicitar la excedencia para dirigir la Clínica Covesa, a punto de inaugurarse en Madrid. Su sucesor en el Instituto, que ocupó el cargo hasta la disolución del INP⁸, adoptaría pronto el liderazgo, pero en este proyecto de rodaje debió juzgarse conveniente la colaboración de otros colegas. Por su parte Marcide había tomado el mando de la oficina de proyectos aunque figuraban como arquitectos jefes Zavala y Garay, pero solo por una cuestión de formas, ya que Marcide mantuvo el estatus de arquitecto contratado por obra hasta su muerte.



Solución tipo de quirófano con sala de observación de residencia sanitaria del S.O.E. utilizado durante la primera etapa del Plan de Instalaciones. Fotografía tomada en la Residencia Sanitaria de Huelva, de A. Botella.

Los promotores del proyecto teórico de hospital se reunían en la oficina de proyectos del Instituto, que ocupaba la séptima planta del edificio de la calle Alcalá nº 56. Alrededor del tablero de dibujo del arquitecto, según la costumbre establecida desde los primeros años y mantenida hasta su disolución⁹. Pretendían sustituir el anterior modelo de residencia por otro más adecuado a la nueva situación social y económica del país, que durante la década de los cincuenta había mejorado notablemente. Querían introducir cambios de envergadura. Por un lado, la bonanza económica unida a la política franquista de promoción de la familia numerosa trajo consigo un extraordinario aumento de la natalidad. Por otro, la mejora de calidad de la asistencia hospitalaria produjo una considerable reducción de la mortalidad e hizo que los beneficiarios perdiesen el temor a ingresar en los hospitales. Las nuevas condiciones condujeron a los médicos a internar a sus pacientes durante el proceso de diagnóstico y a trasladar también los partos desde el domicilio al hospital para evitar posibles complicaciones. Pocos años antes, ni los asegurados ni sus familias se habrían resignado a ese ingreso.

El hospital teórico de Marcide y los tres asesores médicos se programó en 1960 para 300 camas, el mismo número de camas que había utilizado Quintana en 1944 para programar el hospital de provincias de su Plan general de instalaciones de asistencia médica¹⁰. Pero los programas sanitarios eran lógicamente muy diferentes¹¹. En el transcurso de dieciséis años se habían producido grandes cambios, no solo sociales sino también los derivados del avance y especialización de la medicina, que obligaban a modificar ahora los programas y sus soportes de arquitectura. Para afrontar los cambios la enfermería de los hospitales del seguro, originalmente asignada a cirugía

⁶ Véase el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.

⁷ Manuel Santos Zamacola ingresó en la plantilla del INP desde junio de 1945. Ascendió a primera categoría en octubre de 1950.

⁸ Por Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo las funciones del Instituto Nacional de Previsión se traspasaron a los Institutos Nacionales de Empleo, Seguridad Social, Salud y Servicios Sociales.

⁹ Entrevista del autor con Javier Asunción. 16-11-00.

¹⁰ Véase en el anexo C "Estudio de un Plan general de asistencia médica en el Seguro de Enfermedad", pág. 253-254.

¹¹ En el estudio de Quintana no se precisaba el programa de los futuros hospitales. El programa lo fijó la subdirección médica del Departamento de Instalaciones del INP en *Programa de necesidades para Ambulatorios y Residencias sanitarias*, una publicación previa al concurso de anteproyectos de 1946. Por su parte, el programa del hospital teórico de 300 camas aparece en "Proyectos en estudio en el momento actual" en *Arquitectura* 19 (1960), pág. 44-45.

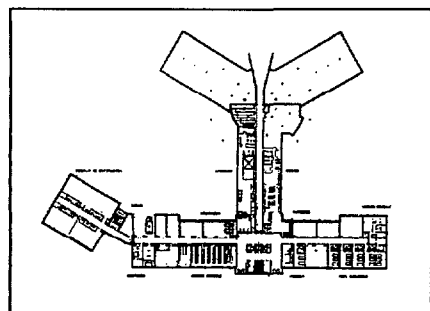


Nido de la Residencia Sanitaria de Huelva.

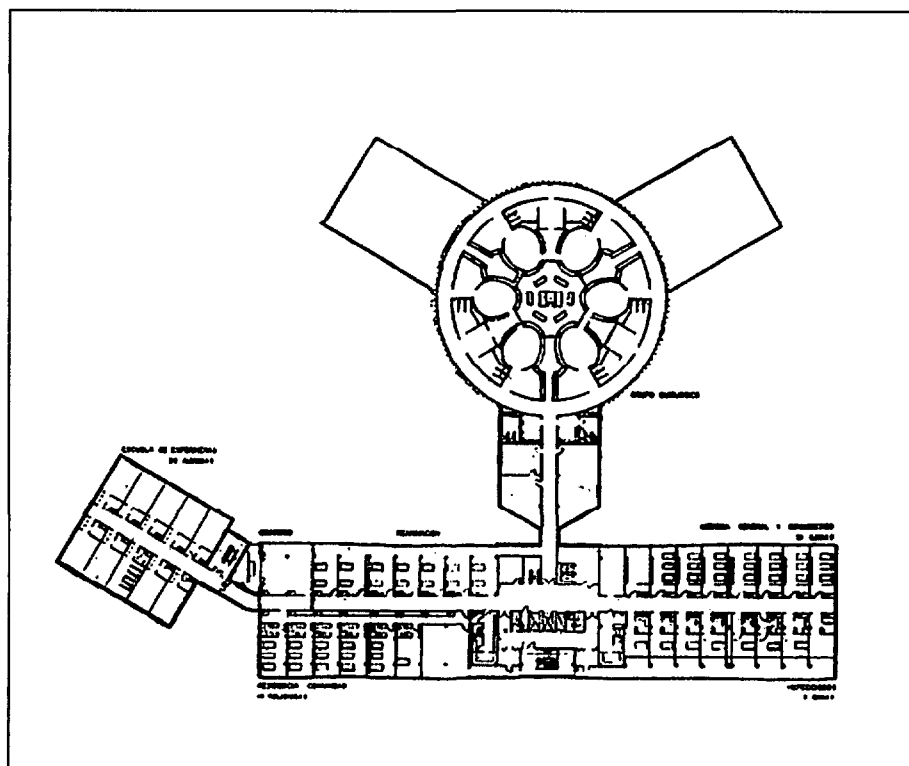
general, ahora se dividió entre diversas especialidades quirúrgicas, y los servicios de maternidad, ginecología y pediatría, que antes habían ocupado una pequeña sección, ahora aumentaron al séxtuplo. También creció el número de quirófanos, de 1 por cada 50 camas a 1 por cada 30, y su tamaño, para permitir la instalación de voluminosos equipos empleados en nuevas técnicas quirúrgicas. El hospital de Marcide y la nueva asesoría médica seguía siendo un hospital quirúrgico ya que todavía era un hospital del Seguro Obrero de Enfermedad y no de la Seguridad Social, pero incorporaba una nueva unidad de enfermería para pacientes en proceso de diagnóstico. Para esas pruebas nadie se habría dejado ingresar ni a rastras tan solo una década antes, por pánico al hospital.

La renovación de los programas sanitarios imponía una modificación de los proyectos de hospital. Para el nuevo proyecto en estudio se conservó el esquema en planta de avión con alas de enfermería y cola de cirugía, pero ambas piezas se modificaron. El bloque quirúrgico, habitualmente apilado en vertical y emparejado con la enfermería, ahora se diseñó como un volumen algo más bajo, extenso e independiente. El programa quirúrgico ocupaba tan solo tres pisos. El superior contenía dos salas de partos, el intermedio dos quirófanos sépticos, y el inferior seis quirófanos agrupados alrededor del área de esterilización. A fin de mejorar su rendimiento, los quirófanos serían compartidos por todas las especialidades médicas, y eso también facilitaría convenientes relaciones entre distintas áreas de conocimiento.

El bloque de hospitalización propuesto ahora también era distinto del habitual. Hasta entonces la hospitalización en las Residencias del Seguro se había proyectado conforme a criterios de orientación solar¹² con un esquema lineal de habitaciones orientadas hacia el sur y locales de servicio hacia el norte. Pero el sol ya no se consideraba imprescindible como lo había sido en el periodo de entreguerras. Los resultados de la farmacoterapia habían hecho añicos a los



Proyecto teórico de hospital para 300 camas. M. J. Marcide, 1960. Planta semisótano.

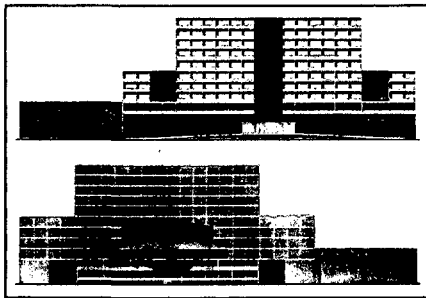


Proyecto teórico de hospital para 300 camas. Planta primera.

¹² Durante el siglo XIX la ventilación fue el principal factor a considerar en el diseño de la enfermería, que se proyectó como un espacio largo, estrecho y dotado de grandes ventanales que garantizaban una ventilación cruzada perfecta. Pero a finales de siglo la teoría de los gérmenes restó importancia a la ventilación. Casi a la vez comenzó a experimentarse el tratamiento de la tuberculosis mediante la exposición combinada de sol y aire fresco, y el espacio de la enfermería duplicó su longitud, redujo su ancho a la mitad y su fachada sur se proyectó como un paño acristalado que garantizaba una exposición solar perfecta. Véase en el anexo A "El hospital de la medicina moderna", pág. 159-174.

más que discutibles de la helioterapia, y lo que ahora interesaba era reducir los recorridos de la enfermería y recortar los presupuestos de construcción. Podría proyectarse una enfermería más compacta, con un esquema también lineal pero con habitaciones a ambos lados del pasillo y locales de apoyo concentrados junto al grupo de ascensores en el centro del bloque, ahora más corto y ancho. En otros países europeos y en norteamérica ese era un esquema de enfermería habitual, y a partir de entonces comenzó a serlo también en España, aunque no desplazó por completo al esquema solar anterior, tan atractivo para arquitectos y usuarios.

La relación entre el área de hospitalización y la quirúrgica del nuevo prototipo era también diferente. Anteriormente cada planta del hospital había funcionado en la práctica como la clínica privada del correspondiente jefe de servicio, al mando de una serie de habitaciones, quirófanos y demás locales que gestionaba con absoluta independencia. Ahora el hospital se parecía un poco más a un hotel levantado sobre un centro médico, y las únicas plantas de enfermería que coincidían con las del pequeño bloque quirúrgico eran las de los pisos bajos. Para asignar esas plantas preferentes, los planificadores del nuevo prototipo utilizaron criterios de eficiencia. Así, a nivel del bloque quirúrgico se alojaron las unidades de reanimación¹³ y de hospitalización para diagnóstico; aunque también se instaló allí la residencia de las monjas que a la vez vigilaban a las jóvenes alumnas de enfermería, residentes éstas en la escuela enchufada a ese extremo del hospital. El piso siguiente del edificio de hospitalización, a nivel del grupo séptico, se asignó a dos unidades de enfermería quirúrgica, y el piso a nivel del paritorio se asignó a dos unidades de maternidad. También a esa cota se emplazaron los nidos para normales y prematuros, en el tramo de edificio que comunicaba la enfermería con los paritorios. Como a partir de ese piso solo crecía la parte residencial del hospital, con dos unidades de enfermería por nivel, daba un poco igual la asignación de planta a diversas especialidades. Pero aún así se ordenó en sentido ascendente la distribución teórica óptima: pediatría, ginecología, traumatología, urología, y oftalmología y otorrinolaringología, que compartirían la última planta.



*Proyecto teórico de hospital para 300 camas.
Alzados.*

La mayor parte de los servicios clínicos, el ambulatorio y los servicios generales proyectados para el nuevo hospital de 300 camas estaban concentrados en las plantas bajas del edificio. De hecho, el proyecto se había compuesto con dos elementos básicos, el bloque principal que contendría toda el área residencial del hospital y su zócalo que albergaría el resto de los usos. A fin de resaltar la diferencia de contenidos, cada elemento de la composición se diseñó con un tamaño de huecos y unos acabados diferentes. Pero en cambio se proyectaron con la misma estructura, a pesar de que el cuerpo bajo contendría algunos grandes locales y en el alto se instalarían sólo habitaciones. En el resto de Europa lo habitual ya era proyectar diferentes estructuras para la enfermería y para el resto del hospital, de forma que cada una de ellas pudiese ajustarse a sus respectivos requerimientos, y no solo en lo relativo a dimensiones¹⁴. Los servicios generales y clínicos del hospital deben ocupar una posición muy accesible y en esos proyectos internacionales tendieron a alojarse en edificios extensos y bajos, mientras que la enfermería puede adoptar la forma de cualquier proyecto residencial y ha tendido a conservar su anterior composición por apilamiento de unidades de enfermería. La combinación de estos dos cuerpos que podían proyectarse con independencia dio lugar a un nuevo y exitoso tipo de hospital, que se denominó naturalmente hospital de base y torre¹⁵.

¹³ La unidad de reanimación del hospital en estudio conectaba directamente con los quirófanos, a través de una galería, y con el pasillo general.

¹⁴ Los cambios que pueden producirse en el espacio de la enfermería son pequeños en comparación con los que registra el resto del hospital. Su programa es el del alojamiento colectivo, y las modificaciones que puede requerir a lo largo del tiempo son mínimas. Por el contrario, el área clínica del hospital está sujeta a continuos y grandes cambios; es el área sofisticada del hospital y es sensible a cualquier tipo de cambios, ya sean de organización, de prestaciones o, sobre todo, generados por los avances médicos. Por otro lado están algunos de los servicios generales del hospital cuyo proyecto es el de las instalaciones industriales y su espacio es el de la nave, no el residencial.

¹⁵ Véase en el anexo A "El hospital de torre y base", pág. 40-44.

Eso ocurría fuera de España, pero aquí la inercia y las prisas condujeron a fijar una misma estructura para todo el hospital con independencia de su uso y del tamaño de los locales. La estructura de los hospitales españoles no varió hasta entrados los años setenta; mientras tanto todos los locales del hospital, por grandes que fueran, se embutieron en unas estructuras ajustadas al tamaño de las habitaciones de la enfermería. Para mayor desgracia, habitualmente se quiso ahorrar también en la construcción de los zócalos del edificio, y en busca de compacidad se hicieron menos extensos y con más pisos. Pero como los usos que alojaban requerían entradas independientes, hubo que proyectar fosos y rampas voladas de acceso, y por ello la línea de flotación y los accesos al hospital quedaron verdaderamente descolocados, incómodos y laberínticos, sobre todo en los proyectos de grandes hospitales.



Hospital Materno-infantil de Cantabria. Fernando Flórez, 1969.

El hospital de trescientas camas en estudio, que pudo aún resolverse con un solo foso y sólo un puente, alcanzaba los objetivos perseguidos de abaratar, reducir recorridos de enfermería, mejorar el rendimiento global de los quirófanos y facilitar convenientes relaciones entre las diversas áreas de conocimiento. Apparently, the office of projects of the Instituto podía estar tranquila a pesar de la inminente huida de su líder Siro Azcona; y quizá se pensó que con el cambio de liderazgo en la asesoría médica podrían colarse cambios drásticos en la organización del hospital. El liderazgo de Santos en planificación de hospitales se reconoció pronto; sin embargo, la cuestión relativa a la introducción de cambios drásticos debió ser más difícil. El programa de este prototipo era teórico y a repartir entre jefes de equipo anónimos; ahora solo hacía falta asignarle un lugar y un equipo. Pero lo cierto es que no pudo llevarse a la práctica hasta diez años después, para hospital materno-infantil de Cantabria¹⁶. El hospital teórico se proyectó cuando los hospitales eran todavía hospitales del seguro Médico y no de la seguridad Social, y los jefes médicos, cada uno de ellos dueño de una parte del hospital, preferían mantener ese estatus que cambiarlo y tener que compartir equipos y mandos con sus colegas.

¹⁶ El hospital Materno-infantil de Cantabria, obra de Fernando Flórez, entró en servicio en 1969. En el proyecto del hospital cántabro se respetó el esquema básico del hospital teórico de 300 camas, aunque su capacidad se aumentó hasta 480 camas y también aumentaron las dotaciones clínicas, para cubrir las necesidades de su momento.

El nuevo estilo del INP



Residencia Sanitaria de Zamora. M. J. Marcide.
Primera etapa del Plan Nacional de Instalaciones del S.O.E.



Sede del INP en Madrid durante la primera etapa del Plan de Instalaciones, en la calle Sagasta, 6.



Nueva sede del INP en Madrid, en la calle Alcalá, 54. E. Barroso y E. García Ormaechea. 1946-55.

En el hospital teórico de 300 camas se registraba además otra cuestión de suma importancia y que había afectado directamente al equipo de arquitectos del Plan de Instalaciones: el cambio de lenguaje de los proyectos del INP. Se había apuntado un lustro antes, en la obra menor del ambulatorio Hermanos Lauhlé, pero todavía no había sido aplicado al proyecto de un hospital, y menos aún al conjunto de proyectos del Instituto que presentó la revista *Arquitectura* en su número monográfico sobre hospitales, de julio de 1960. Allí se exponía como un hecho asumido por todos los arquitectos de la oficina de proyectos del Instituto. Tres médicos y un arquitecto, los doctores Blanco Soler, Azcona y González Ruano y el joven Cavestany, abrían por separado el número de la revista con otros tantos artículos diversos aspectos del asunto¹⁷. A continuación se daba cuenta de algunas residencias en funcionamiento, todas pertenecientes a la primera etapa del Plan de Instalaciones y proyectadas por tanto en los últimos años cuarenta, y de unos pocos proyectos de los últimos cincuenta, todavía sin edificar. En el transcurso de esa década se había pasado de la tradición a la modernidad.

Durante la primera etapa del Plan de Instalaciones la oficina de proyectos del Instituto, todavía instalado en su antigua sede del nº6 de la madrileña calle Sagasta, había funcionado a pleno rendimiento. Salvo excepciones, las primeras residencias sanitarias habían asumido el denominado tradicionalismo impuesto a las obras oficiales españolas, y aún cuando los arquitectos del INP se habían arriesgado a proyectarlas con gestos racionalistas, desenfrenados para el contexto de la posguerra, se habían cuidado de no olvidar añadirles algún frontón, columna o pórtico para dar presencia a la institución¹⁸. De esa etapa se publicaron en la revista *Arquitectura* las residencias sanitarias de Barcelona y Granada, obras de Aurelio Botella, la de Málaga, de Germán Álvarez de Sotomayor, las de Alicante y Palencia, de Eduardo de Garay, y las de Bilbao, Almería, Vigo y Palma, del figura Martín José Marcide. Curiosamente, los edificios proyectados por Botella y Marcide, arquitectos contratados por obra, aparecían ya citados como hospitales, mientras que los de Álvarez de Sotomayor y Garay, arquitectos de escalafón, todavía figuraban como residencias sanitarias.

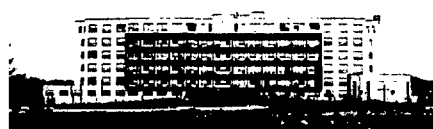
Las obras la primera etapa del Plan no habían avanzado al ritmo esperado y casi toda la década de los cincuenta se había consumido en direcciones de obra y parones causados por la escasez de materiales¹⁹. Durante ese tiempo la oficina de proyectos permaneció bastante desocupada, y no fue sino hasta los últimos años cincuenta cuando volvieron a proyectarse hospitales para el Seguro Obrero. El Instituto había trasladado su sede al nuevo aunque conservador edificio de la calle Alcalá. A la vez se mudaron también los hábitos de los ocupantes de la oficina de proyectos, aunque en mayor o menor medida, a juzgar por los nuevos proyectos que aparecían en *Arquitectura* como proyectos recientes. Se ofrecía una muestra de tres hospitales para el INP más uno de promoción privada aunque redactado también por uno de los arquitectos de su equipo, Aurelio Botella.

¹⁷ Los artículos de base de *Arquitectura* 19 eran *Comentarios de un médico*, por Carlos Blanco Soler; *Servicios de un hospital*, por Siro Azcona; *Generalidades históricas*, por Fernando Cavestany; y *Arquitectura y hospitales*, por César González-Ruano.

¹⁸ Se cita como ejemplo la portada clasicista que adorna el basamento de la Residencia Sanitaria de Cruces, obra de Marcide.

¹⁹ El Plan de Instalaciones Sanitarias tenía previsto construir 67 residencias entre 1948 y 1960, pero hacia 1966, cuando se completó la Ciudad Sanitaria La Paz, sólo se habían inaugurado 50. Véase "desarrollo de la red" en *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Paz*. Madrid: INP, publicación nº 1.087, 1966.

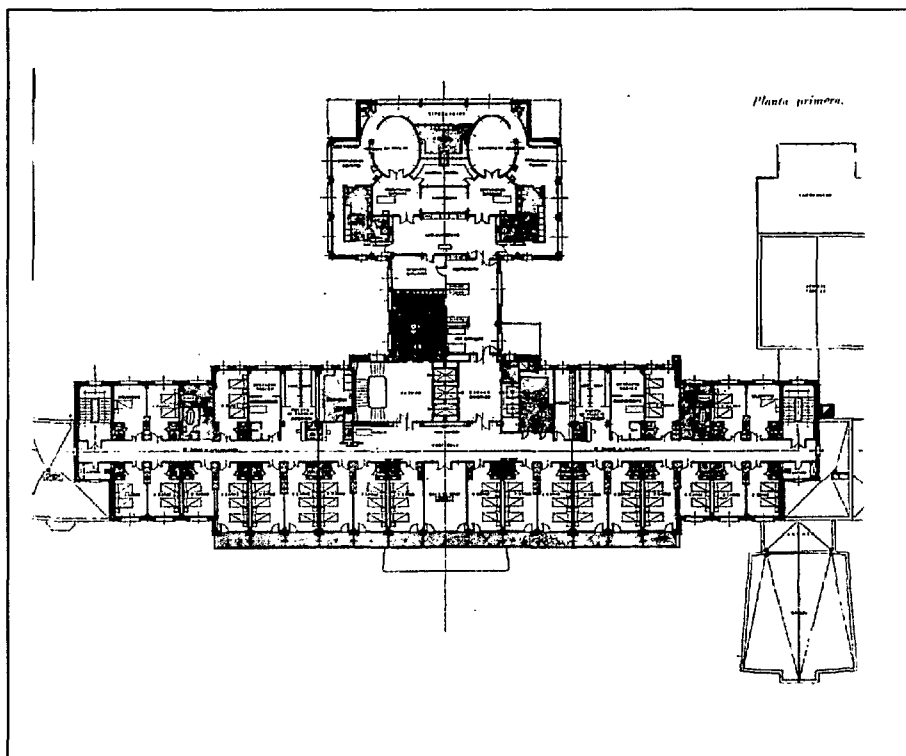
El primero era el Hospital de Pamplona²⁰, luego denominado Residencia Sanitaria *Virgen del Camino*, que no llegaría a inaugurarse hasta 1972. Su autor, Fernando García-Mercadal, presentaba con este proyecto una tímida vuelta al racionalismo del que se había retirado por propia voluntad en 1932²¹. Al diseñar el Hospital de Pamplona decidió eliminar portadas y otros ornamentos clásicos impuestos en actuaciones anteriores, pero conservó el esquema en planta de avión habitual de las primeras residencias sanitarias. Lo había utilizado en el proyecto de su primer edificio para el Instituto, la Residencia *José Antonio* de Zaragoza que a su juicio fue el mejor proyecto de toda su vida profesional²², y continuaría utilizándolo habitualmente en



Hospital del S.O.E. en Pamplona. F. García-Mercadal. Alzado de Proyecto y fotografía correspondiente.

A la derecha, Hospital de Pamplona. Planta tipo.

Sobre estas líneas, Hospital del S.O.E. en Huesca. F. García-Mercadal. Fotografía a vista de pájaro.



sus trabajos de los años sesenta y setenta. Posiblemente su decisión de coronar el hospital navarro con una gran cruz latina no tendría nada que ver con la voluntad de consagrar el esquema simétrico que tanto apreciaba, pero el inconsciente debió trabajar de esa forma. Aunque durante la ejecución se observó que era demasiado reiterativo utilizar el esquema simétrico y además coronar el edificio con la cruz, y se dio la orden de trasladarla a una posición lateral y a pie de tierra en el ábside de la capilla.

El segundo y el tercero de los proyectos se presentaban como proyectos en estudio en el momento actual, e iban anteceditos por un breve comentario sobre

²⁰ Véase "Hospital en Pamplona" en *Arquitectura* 19 (1960), pág 41-42.

²¹ En una entrevista de los últimos años sesenta Mercadal explicaba la razón que le había llevado a abandonar el racionalismo ortodoxo: "Durante algún tiempo luché denodadamente para introducir en España las nuevas ideas, hasta que llegó un momento en el que tuve que preocuparme por mi propia obra para vivir. A partir del Rincón de Goya mi arquitectura se hizo completamente impopular. Me era muy difícil conseguir nuevas obras. El dilema que se presentaba era o GATEPAC o trabajo. Véase "Mesa redonda con Rafael Bergamín, Fernando García Mercadal y Casto Fernández-Shaw" en *Hogar y Arquitectura* 70 (1967), pág 41.

²² En una entrevista de 1971 García-Mercadal respondía a la pregunta sobre cuál era su mejor edificio: "Indudablemente, el mejor de todos lo he hecho ahora hará cincuenta años: fue el primero que hice: la Residencia de quinientas camas de Zaragoza. Era la primera Residencia importante que se hacía, en lo que entonces llamábamos el Plan de Instalaciones del Seguro de Enfermedad. Después ha desaparecido ese nombre y se llama Seguridad Social, nombre copiado de los franceses. Bueno...ahí podía yo hablar." Hay un error de transcripción en esta cita que asigna cincuenta años al proyecto de Zaragoza cuando en realidad tenía cerca de veinticinco, como él mismo aclaraba en otro momento de la entrevista al señalar que iban a cumplirse veinticinco años desde su ingreso en el Instituto. Véase "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García-Mercadal" en *Arquitectura* 156 (1971), pág 33-39.

Proyecto de hospital para el S.O.E. en Salamanca. F. Cavestany. Alzados.

Torre Médica de Houston. EE. UU. Goleman & Rolfe, 1956. Vista general.

los hospitales construidos en los últimos doce años, que eran los pertenecientes a la primera etapa del Plan de Instalaciones, aunque no se decía. El segundo nuevo proyecto del Instituto era el hospital teórico proyectado por Marcide y la junta provisional de asesores médicos; y en lo relativo a alzados era un ejercicio de composición modular que doce años antes habría merecido la hoguera por estar vinculado, según Muguruza, a los representantes de una raza desarraigada²³, pero ahora la xenofobia había remitido lo suficiente como para plantear un proyecto en términos modernos. La modulación de fachadas del hospital teórico guarda un llamativo parecido con la del influyente del Hospital de Saint-Lô²⁴, y no es de extrañar que sea así, ya que la novedosa disposición del área de esterilización en el centro del grupo quirúrgico y la de sus paritorios encima del mismo también se habían tomado literalmente de este hospital de Paul Nelson. Como también su sala de operaciones ovoide, que aparecía incorporada en todos los nuevos proyectos, incluido el menos evolucionado de Mercadal²⁵.

Al hospital del jefe de la oficina de proyectos le seguía uno del benjamín. Cavestany además de joven continuaba siendo el moderno del equipo, como deja patente su propuesta de hospital de cristal y aluminio para Salamanca. En su nuevo proyecto no había ya rastro alguno de su anterior interés por la arquitectura carioca y el biomorfismo que habían alumbrado el diseño de su primer ambulatorio de los hermanos Lauhlé. La técnica del bodegón aplicada a esa obra se había abandonado ya que ahora no se trataba de componer figuras sino de ordenar cajas, y era mejor utilizar formas abstractas de ordenación como las de los proyectos reticulares del frío nórdico Arne Jacobsen. Aunque la referencia más probable para el hospital de Salamanca es la Torre Médica de Houston, una obra de Goleman & Rolfe que apareció publicada en al menos dos revistas españolas de 1957²⁶. Cavestany era un admirador declarado de Jacobsen y de los proyectos norteamericanos, y es razonable que sucumbiera a la tentación de hacer un edificio de vidrio y cristal como el de Houston, que no solo era como el Hotel SAS de Jacobsen en Copenhague un derivado de la Lever House de Skidmore, Owings & Merrill, sino que había requerido además los servicios de consultoría técnica de la gran factoría de proyectos norteamericana.

Cavestany dedicó la mitad del texto que acompañaba en la revista *Arquitectura* a su proyecto de hospital en Salamanca a "Consideraciones subjetivas sobre la forma de proyectar en el futuro un hospital". Proponía una estrecha colaboración con el equipo de médicos especialistas y proyectos mucho mejor definidos en los que, aún habiendo arquitecto jefe, colaborasen equipos de arquitectos especialistas. Para el joven arquitecto eran modélicos, en cuanto a definición, "los proyectos para la construcción de los edificios de las Bases Americanas en España, creo que coincidirá en que algo y aun mucho se ha aprendido sobre la forma de representación". Esas consideraciones a las que aspiraba Cavestany coincidían las del proyecto de Houston, ya que su planificación se había ajustado a las necesidades de los médicos y para su construcción se habían contratado los servicios de una asesoría técnica de campanillas. A diferencia de lo que ocurría en sistemas de salud desarrollados como los europeos, en la planificación del centro médico de Houston no había hecho falta contar con la opinión de otros colectivos laborales, porque únicamente los médicos serían los inquilinos del edificio²⁷. Por ello su planificación había tenido cierto paralelismo con la que habitualmente se practicaba en el INP, resuelta también en

²³ Véase en este trabajo "El concurso del PNA", pág. 9-13.

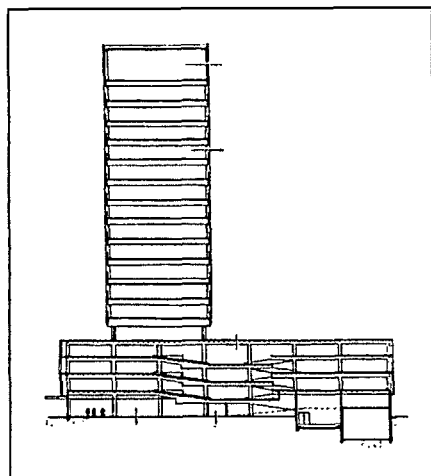
²⁴ Véase en el anexo A "El hospital de torre y base", pág. 170-174.

²⁵ Véase en este trabajo "Cuestiones de forma. Marcide y el compás" en *Cuidados Progresivos*, pág.

²⁶ Véanse "Medical Tower. Houston. EE.UU." en *Arquitectura* 191 (1957), pág. 17-19, y en *Informes de la construcción* 96 (1957), sección 145-42.

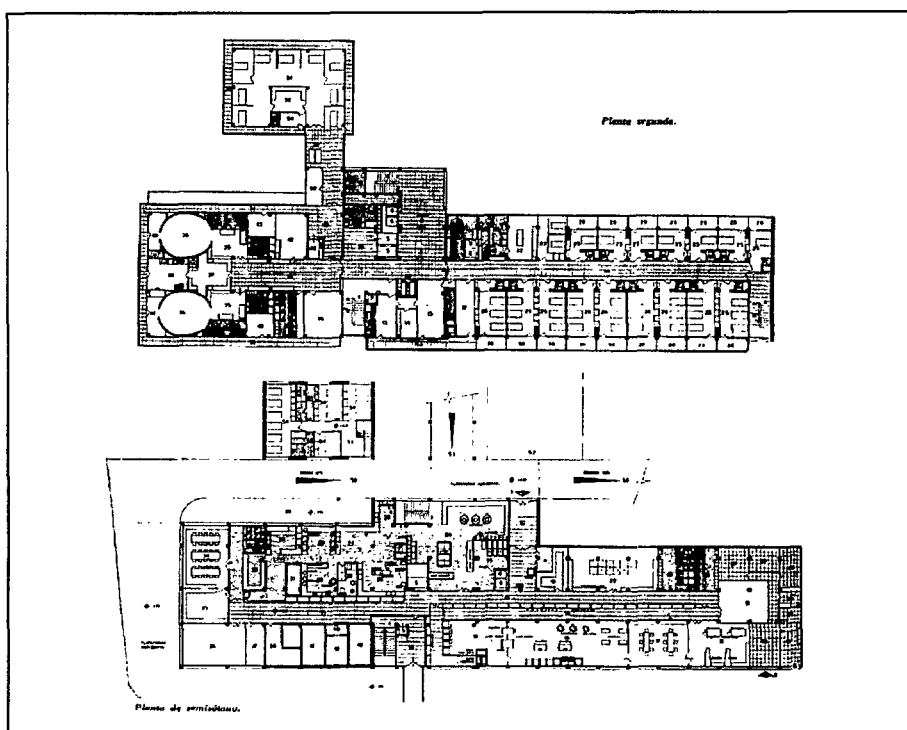
²⁷ La torre médica de Houston se concibió como operación lucrativa. Se proyectó como edificio para alquiler destinado a centro médico privado. En 1957 albergaba la clínica de 125 médicos especialistas. Se trataba de una operación puramente inmobiliaria, sin ningún tipo de consideraciones sociales. Por el contrario, los hospitales europeos eran habitualmente de promoción pública, dependientes de unos sistemas de salud complejos cuya misión era proporcionar bienestar a una sociedad igualitaria. En la planificación de los hospitales públicos europeos estaban representados los diversos colectivos de usuarios y trabajadores, y no sólo unos pocos inversores.

exclusiva entre arquitectos y médicos. A juicio de Cavestany, para estar a la altura de los EE.UU. sólo hacía falta contratar la ejecución de los proyectos a cualquier asesoría técnica independiente y no delegarla en la propia empresa constructora, como se hacía rutinariamente por desidia en las obras del INP.



Torre Médica de Houston. Sección.

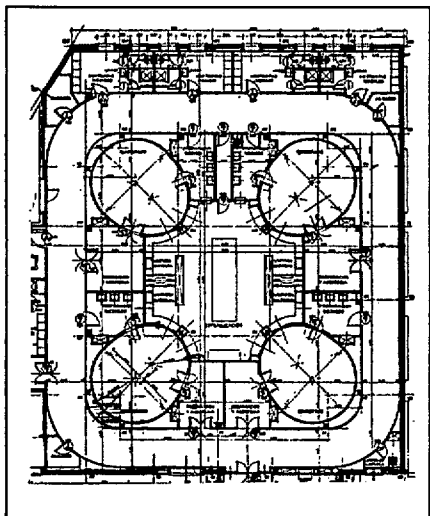
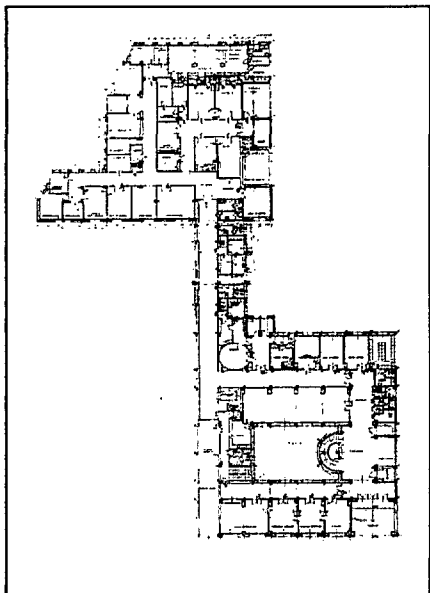
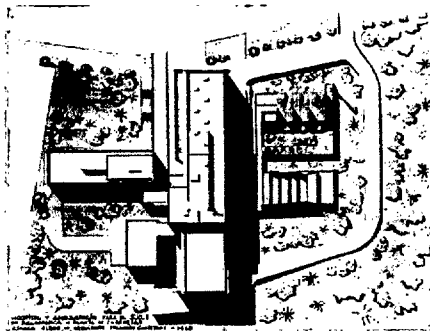
Debido a su particular organización dependiente prioritariamente de la iniciativa privada, los hospitales norteamericanos se programaban, como ahora, a la medida de unos propietarios que podían ser compañías aseguradoras, individuos o corporaciones diversas. Para proyectar el Centro Médico de Houston se tomó un tipo de edificio muy habitual en Europa, el hospital de base y torre, pero con una libertad de interpretación inimaginable para un arquitecto europeo habituado al proyecto de hospitales. La torre del hospital americano contenía la parte clínica del hospital en lugar de la residencial. Su planta tipo se proyectó como la de una torre de oficinas, con luces estructurales bastante amplias, y algo más hiperdotada de instalaciones, de manera que cada uno de sus 125 especialistas²⁸ pudo organizar su porción de torre a la medida de sus necesidades y al gusto de sus respectivos clientes. Para mayor asombro, la base del edificio no contenía la parte clínica, sino unas tiendas en planta a nivel de calle y unos aparcamientos que ocupaban los otros tres pisos. Nada de eso podía considerarse en Europa, en 1960 y mucho menos en un hospital para el Seguro de Enfermedad en Salamanca.



Proyecto de hospital para el S.O.E. en Salamanca. F. Cavestany. Plantas segunda y de semisótano.

No tenía sentido llegar a unos extremos razonables para la situación sanitaria norteamericana pero faltos de sentido para el Instituto. Sin embargo, podían introducirse algunas innovaciones de organización que, aún con el programa tipo para hospital del Seguro, permitieran omitir el habitual esquema en planta de avión. En su lugar, Cavestany propuso un sencillo esquema lineal con la planta tipo dividida en tres tramos dedicados respectivamente a hospitalización, servicios generales de planta y bloque quirúrgico. Deshacer la simetría y organizar un sistema de circulaciones lineal en lugar de en T era más que razonable para este hospital que contaría con una sola unidad de enfermería por planta. En los proyectos de hospitales para el INP debía existir la norma tácita de proyectar estructuras económicas, y lo habitual era construir edificios con unas luces estructurales bastante limitadas que se repetían a lo largo y a

²⁸ En 1957 la Torre Médica de Houston contenía las clínicas particulares de 125 médicos, pero el edificio se había proyectado para un número indeterminado de inquilinos, y su flexibilidad al respecto era análoga a la de cualquier torre de oficinas.



Proyecto de hospital para el S.O.E. en Salamanca. Plano de ordenación general.

Clinica Covesa, Madrid. A. Botella, 1957-60. Planta de acceso.

Clinica Covesa. Planta del grupo quirúrgico.

lo alto del edificio. En este caso, Cavestany ajustó las estructuras de cada tramo a sus respectivos usos de planta tipo, si bien para evitar sobrecostos respetó las limitaciones dimensionales y su invariabilidad a lo alto de todo el edificio, adecuando los usos de las plantas bajas a la estructura conveniente para la planta tipo. El hospital de Cavestany era un hospital de agudos, como todos los del Seguro de Enfermedad; sin embargo sus pisos estaban distribuidos de una forma novedosa que pudo aprovecharse pronto, una vez instaurado el sistema de Seguridad Social, para el diseño del primer hospital de cuidados progresivos, la Residencia Sanitaria *La Paz*²⁹.

El hospital de Salamanca tenía adosados varios cajones independientes para funciones secundarias, como residencias de médicos, enfermeras y monjas, capilla, salón de actos, garajes, grupos electrógenos, depósitos de combustible, ambulatorio, etc., que no requerían tanta proximidad como otras zonas o bien encajaban mal en las estructuras apretadas del edificio principal. Todos esos apéndices y el propio hospital formaban un conjunto ordenado y ortogonal sólo desatendido por las curvas de las vías de acceso y las formas blandas de sus asépticas salas ovoides de operaciones. Esa misma voluntad de contención, tan opuesta a la expresiva del ambulatorio gaditano, se manifestaba en los alzados del hospital, reducidos a una retícula abstracta que no permitía descubrir lo que era pared o ventana. Así mismo se prescindió del colorido vivo de aquel primer trabajo, porque se limitó a exponer el contraste frío y pálido de líneas de aluminio y planos de vidrio. Todo el alarde formal del proyecto fue a parar a la cubierta de la capilla, para la que se adaptó la solución en cremallera de la sala multiusos del grupo escolar de Herrera, obra de sus colegas Corrales y Molezún luego propuesta por el danés Jacobsen en su primera versión de Palacio de los Deportes en Landskrona, Suecia, interpretando a la original cubierta del Pabellón Soviético de la Expo de París de 1925, obra de Melnikov presumiblemente inspirada en las agrupaciones de cubiertas a la molinera que formaban las dachas de su país para evitar peligrosas limahoyas. El Hospital de Salamanca se inauguró con 280 camas en 1965, como Hospital *Virgen de la Vega* de la Seguridad Social.

El último proyecto publicado en el monográfico de *Arquitectura* era muy diferente del resto, por diversas razones. No se había planificado ni proyectado para el Seguro de Enfermedad sino para una entidad privada, aunque sus autores habían sido Siro Azcona y Aurelio Botella³⁰. Tampoco había podido proyectarse con el habitual y apreciado esquema en planta de avión, porque su emplazamiento era el complicado de un solar entre medianeras y patios de manzana. Su nombre, Clínica *Virgen de la Paloma*, también encierra sorpresas, pues no se trata del popular sanatorio todavía emplazado en la Colonia Metropolitana de Madrid³¹, sino de la no menos reconocida aunque hoy extinta Clínica *Covesa*³², que Azcona inauguró ese mismo año 1960 causando baja en el INP. Por lo demás, las condiciones de emplazamiento del proyecto no se prestaban para experimentar esquemas novedosos. Se trataba más bien de un encargo de oficio en el que Botella, como arquitecto experimentado, debía demostrar su capacidad para encajar el programa complejo de un hospital en un solar poco agradecido. Así se encajaron las distintas partes de la clínica y se cumplieron los deseos de Azcona de incluir un grupo quirúrgico prácticamente idéntico al del Hospital de Saint-Lô, con sus cuatro salas ovoides alrededor de un área de esterilización. Y con la misma voluntad de anonimato se resolvió su escueto frente principal, un simple acristalamiento modulado por los soportes verticales del edificio.

²⁹ Véase en este trabajo "Cuidados progresivos. Las ciudades sanitarias y La Paz", pág. 78-82.

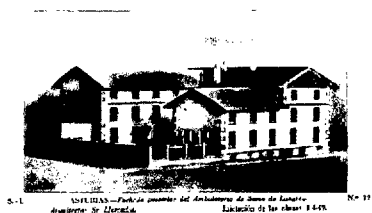
³⁰ En 1957 Siro Azcona confió a Botella el proyecto de la Clínica Covesa y el secreto de su planeada deserción a la práctica privada, que tuvo lugar en 1960. En Covesa trabajaron algunos grandes amigos de Botella, como los cirujanos Tamames y González Duarte, hermano de su aparejador, el pediatra Alonso Ferrer, el urólogo Hidalgo. Casualmente, el servicio de maternidad de la Clínica Covesa fue inaugurado por Miguel Botella Ruiz-Castillo, primer nieto de Aurelio Botella Enríquez y primer hijo de Aurelio Botella Clarella. Entrevista del autor con Aurelio Botella Clarella. 16/11/01.

³¹ El Sanatorio Virgen de la Paloma está emplazado, desde 1949, en el nº1 de la calle de la Loma, en la Colonia Metropolitana de Madrid. Originalmente ocupaba un chalet de la Colonia; posteriormente el chalet se demolió, y en su lugar se construyó el edificio actual.

³² La Clínica Covesa, hoy extinta, estaba situada en el nº 90 de la calle General Mola, ahora calle Príncipe de Vergara. Actualmente el solar esta ocupado por el Hotel Príncipe de Vergara.



La producción de los arquitectos españoles en 1960 era en ocasiones tan antagónica como la de Aurelio Botella, que trataba de asimilar para su repertorio gráfico las maneras surrealistas de la sala de operaciones ovoide sin haber logrado aún dar fin a su primer encargo, todavía de corte decimonónico. El Hospital Clínico de San Cecilio, en Granada, ganado por concurso en 1928³³, era todavía un proyecto de pabellones resuelto a la antigua usanza; pero el quehacer cotidiano de los arquitectos españoles veteranos transcurría a menudo así, en ese desquiciante ir y venir del pasado al presente. Por inercia, a pesar de la voluntad ya imperante de pasar página y dejarse seducir por el mundo contemporáneo.



En el monográfico sobre hospitales publicado por la revista *Arquitectura* los arquitectos del INP presentaban su tránsito de la tradición a la modernidad como un suceso acontecido de la noche a la mañana. Se saltaba de unas páginas dedicadas a los primeros hospitales del Plan de Instalaciones a otras que informaban sobre proyectos recién terminados, y la única pista sobre el tiempo transcurrido era un comentario genérico sobre "los hospitales construidos en los últimos doce años"³⁴ en el que no aparecía ni un nombre ni una sola fecha. Aunque todos los hospitales de la primera remesa se habían proyectado en 1947, sólo un año después de la retirada de España de los embajadores extranjeros por recomendación de la ONU, y los proyectos que aparecían eran todos nuevos, contemporáneos del Plan de Estabilización de 1959. Pero en la revista se habían omitido todas las fechas, quizás para no dar pistas del desgraciado ritmo de construcción que había sufrido España en ese periodo.



Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Granada. A. Botella y S. Vilata. 1928-'60. Fotografía de la Facultad hacia 1945.

Ambulatorio de Sama de Langreo, Asturias. F. García-Mercadal, 1949-53. Postal conmemorativa de la puesta en marcha del Plan de Instalaciones del S.O.E.

Embajada de EE.UU. en Madrid. L. W. King, E. Warlow & M. Garrigues, 1955. Fotografía nocturna.

Sin embargo, en ese transcurso se habían restablecido poco a poco contactos con el exterior. Tras mediar acuerdos de colaboración militar con EE.UU., en 1955 España ingresó en la ONU³⁵. A la vez se inauguró en Madrid la Embajada de los Estados Unidos. Era un acontecimiento de primer orden y merecía su instalación en pleno Paseo de la Castellana, pero levantó una oleada de críticas debidas a su sobriedad, pues todavía en España no podía comprenderse que la Embajada de los Estados Unidos se presentara como un vulgar cajón para oficinas, sin adornos ni nada que permitiese reconocer su importancia institucional como sede del país más poderoso del mundo. Esa impresión era consecuente con la conciencia de un pueblo que todavía miraba al pasado con añoranza, imaginando la España imperial de la Casa de Austria. Con ese telón de fondo la categoría de una Institución todavía se contaba por el número de frontones y columnas.

La Embajada de los Estados Unidos fue el primer proyecto internacional de envergadura construido en España después la guerra civil. El Consejo Superior de Arquitectos de España era consciente de la importancia del evento, y promovió un debate público entre renombrados arquitectos con la esperanza de extraer conclusiones aleccionadoras para la profesión³⁶. Como no podía ser de otra forma en un debate

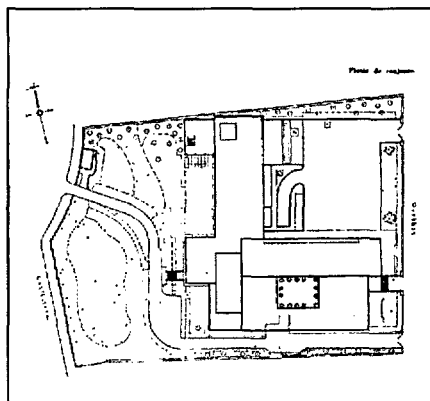
³³ Véase en este trabajo la nota a pie de página 31 de "El Concurso del INP", pág. 30.

³⁴ Véase "los hospitales construidos en los últimos doce años", en *Arquitectura* 19 (1960), pág. 43.

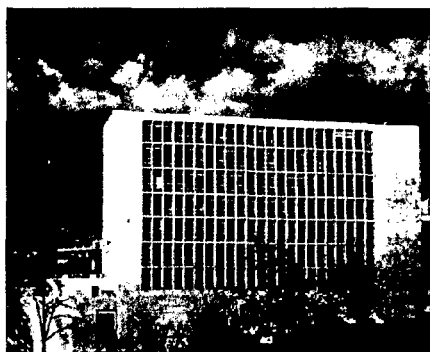
³⁵ Hacia 1950 el Presidente Truman comenzó un interesado acercamiento a España en busca de bases militares para contener un posible avance del área de influencia soviética. El acercamiento se rubricó en septiembre de 1953 con la firma de acuerdos de colaboración militar a cambio de ayudas económicas y reconocimiento político del gobierno de Franco. A continuación, en diciembre de 1955 España ingresó en la Organización de las Naciones Unidas.

³⁶ Los ponentes de la sesión crítica sobre la Embajada de EE.UU. fueron, por orden de intervención, Moya, Aguinaga, Zuazo, Fonseca, Cort, Fisac y Bidagor. Véase "Sesión Crítica de Arquitectura. Edificio de la Embajada de los Estados Unidos en Madrid" en RNA 162 (1955), pág. 21-29.

Embajada de EE.UU. Plano de emplazamiento y vista general.



entre arquitectos, el edificio de la Embajada sirvió de excusa para que cada uno de los ponentes presentara su particular versión sobre la arquitectura y el urbanismo, escala y proporción, forma, función, calidad o diseño, aunque alguna vez coincidieron. Se aplaudió el aspecto moderno del edificio, su claridad volumétrica, su amplitud, pero tenía algo inapropiado para el lugar en el que se había construido. A Zuazo le extrañaba como ver a un americano en Madrid, algo todavía poco habitual; era un edificio magnífico que él no habría tenido reparos en firmarlo, pero a su entender no había nacido como nace un árbol, con raíces propias. También se convino en que era un edificio limpio y sencillo, como debían ser los edificios, pero demasiado frío. Para Moya tenía mucho de la arquitectura del III Reich y algo de macabro, como de crematorio nórdico; y Moya no apreciaba demasiado la arquitectura de Speer ni la de los crematorios nórdicos. Se apuntó que tanta frialdad podría corregirse con algo de vegetación. Para Fisac la solución era añadirle algo de colorido, claro que sin caer en el brasileñismo. Hasta adosarle una pequeña portada o algún detalle amable que hiciera más grato el conjunto, se llegó a apuntar.



Sobre un asunto particularmente atendido entonces, el del estilo y el carácter de los edificios, también hubo opiniones encontradas. Debía felicitarse a sus autores, los arquitectos norteamericanos Leland W. King y Ernest Warlow y el español Mariano Garrigues que a la sazón construía el Hospital Anglo-americano en la Ciudad Universitaria de Madrid³⁷, por haber logrado un edificio ordenado y confortable, pero también se les debía reprochar que hubieran supeditado todo el diseño a su función como lugar de trabajo y no hubieran valorado convenientemente su parte representativa, la de residencia del embajador. Aguinaga apuntaba que tanto funcionalismo constructivo no era precisamente lo adecuado para la refinada vida social que debía presidir el representante de una primerísima nación. El edificio del funcionariado pintaba más que el pabellón de residencia del Embajador. Eso era razonable por lógica numérica, pero también se convino en que debía darse prioridad a los valores de representación.

Sede del INP en Madrid. 1946-55.

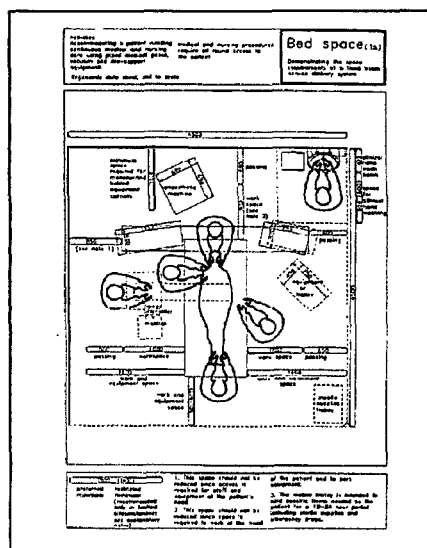
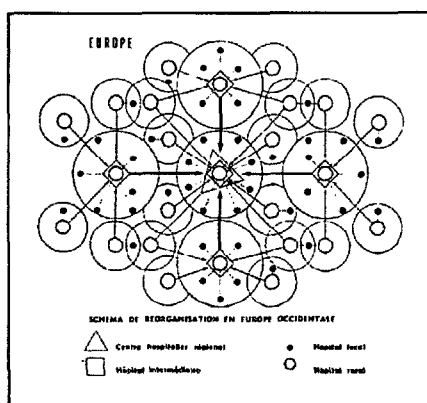
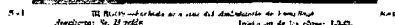


Los razonamientos apuntados en la sesión crítica de arquitectura eran compartidos por la mayor parte de la profesión, pero lo cierto es que el denominado tradicionalismo había pasado en poco tiempo de ser la única opción posible a no interesar, como demuestra el hecho de que por entonces dejaran de publicarse en las revistas de arquitectura ejemplos y comentarios sobre el carácter de la arquitectura local y el Imperio español. La conexión entre los arquitectos españoles y la arquitectura internacional se había producido muy lentamente desde el final de la segunda guerra mundial, pero la entrada de España en la ONU, de cuya sede también se habló en aquella sesión crítica para señalarla como fuente del proyecto norteamericano, debió actuar como revulsivo final contra la causa conservadora.

En el INP ese revulsivo había sido el pequeño y divertido ambulatorio de San Fernando, también de 1955. A partir de esa fecha las instalaciones del Plan se proyectaron a lo moderno. Quizás intencionadamente, el calendario de actuaciones del INP hizo coincidir ese momento con el de proyecto y construcción de ambulatorios, que por su menor tamaño y coste eran más adecuados para probar la adaptación de los arquitectos a los aires modernos. Durante lo que quedaba de década los arquitectos veteranos del Instituto, y todos salvo Cavestany eran arquitectos de antes de la guerra, pudieron reciclarse con proyectos de ambulatorios antes de pasar a mayores. Y al final de la década, cuando volvían a proyectarse residencias sanitarias, el ambulatorio se tomó de nuevo como un proyecto experimental, pero lo que ahora preocupaba no era el carácter o el estilo, sino lo óptimo y lo estándar.

³⁷ Véase "Hospital Anglo-Americano", en *Cortijos y Rascacielos* 80 (1954), pág. 25.

Tipificación y normalización. Ambulatorios modulados



Ambulatorio de Pampliega, Burgos. M. J. Marcide. Postal conmemorativa del la puesta en marcha del Plan de Instalaciones del S.O.E.

*Esquema tipo de la reorganización hospitalaria
en Europa occidental. 1959.*

Esquema parcial de organización de la Unidad de Cuidados Intensivos. Extraído de la Guía de programación y diseño de hospitales del Servicio de Salud Británico (NHS Estates. Health Building Notes 27. Apéndice)

España era todavía un país pobre, atrasado y rural que miraba tímidamente al exterior, pero el Plan de Estabilización debería sacarla del hoyo al conectarla con los mercados exteriores. La sanidad española también tomaba contacto con el exterior y se abría a nuevas influencias. En el diseño de los hospitales europeos comenzaban a aplicarse criterios de optimización similares a los que se utilizaban para organizar los respectivos sistemas de salud. Francia se preparaba para acometer una profunda reorganización de sus estructuras hospitalarias consecuente con la centralización del sistema sanitario ordenada por la Reforma Debré de 1958³⁸. Por su parte el Servicio de Salud británico, que ya lideraba el campo de la planificación hospitalaria europea, tenía abiertos diversos frentes de estudio, análisis, evaluación y seguimiento de hospitales que conducirían a la renovación de los proyectos. El debate sobre hospitales en Gran Bretaña se había convertido en un asunto pluridisciplinar y de interés general; las actuaciones del NHS estaban sometidas a un inédito proceso de seguimiento, análisis y ajuste. Se desarrollaban a la vez distintos proyectos experimentales destinados a resolver diferentes problemas concretos del proyecto de hospitales o de organización y coordinación interinstitucional, y habían comenzado a editarse las famosas guías de programación y diseño de hospitales que influirían pronto en la planificación sanitaria del continente³⁹. Europa y el mundo desarrollado se preparaban para afrontar con buen pie la década de mayores inversiones públicas destinadas a la construcción de hospitales.

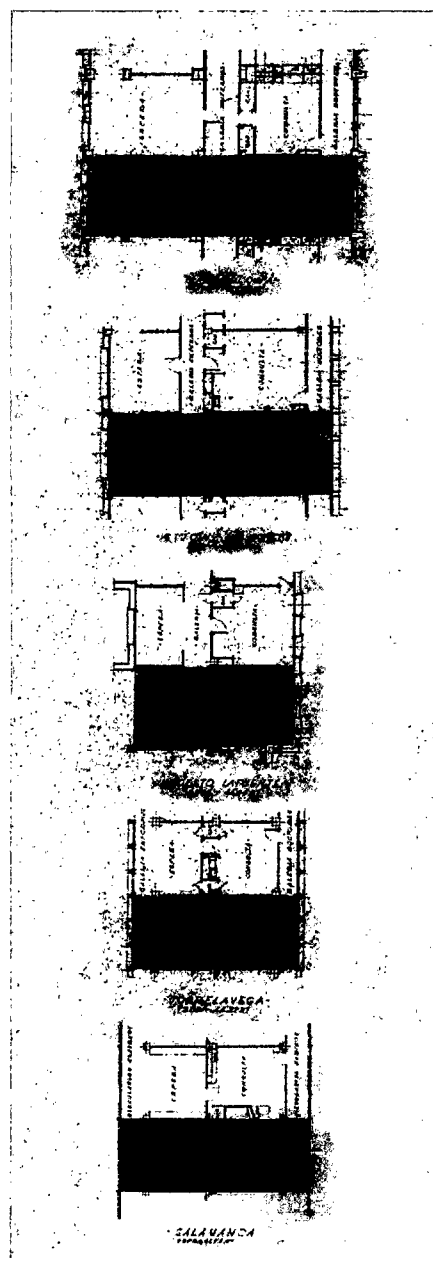
Los años sesenta también serían fundamentales para el disperso sistema hospitalario español. En los tres primeros años de la década los Ministerios de Gobernación y de Trabajo sacarían a la luz por separado las Leyes de Hospitales y de la Seguridad Social y emprenderían con desigual éxito la reforma de sus respectivas redes. Gobernación utilizaría los fondos destinados para hospitales de los Planes de Desarrollo. Pero sus actuaciones se verían habitualmente torpedeadas por las de la Seguridad Social, que continuó ocupando el liderazgo.

Pero debe volverse a 1959, cuando la Comisión Permanente del INP organizó un nuevo grupo de trabajo, la Comisión de Instituciones Sanitarias Optimas, al que encargó estudiar posibilidades de estandarización de centros sanitarios en general. La CISO no era precisamente la comisión pluridisciplinar que organizaban los sistemas de salud desarrollados, como el británico, en la que opinaban enfermeras, estadísticos o historiadores, sino una comisión de mandos del INP, pero al menos contaba con la participación de médicos, arquitectos y administradores. La Comisión tenía definido el encargo y su plazo de ejecución, que, como siempre, era el de antes de ayer. Pero, al menos, ya no se trataba reglamentar la ejecución de unos "castillos adelantados de la justicia social" construidos para gloria del SOE y de su arrojado promotor, el falangista y ahora ex-ministro José Antonio Girón de Velasco⁴⁰, sino de "tipificar y normalizar" la

³⁸ Tres reformas y un decreto dictados en diciembre de 1958 dieron a la Seguridad Social francesa el poder sobre los hospitales. La representación de la Seguridad Social francesa en la gerencia de los hospitales aumentaba, los directores de los hospitales pasaron a ser nombrados por el Ministerio de la Salud, que asumió a su vez la coordinación de los equipamientos hospitalarios tanto públicos como privados. Se impuso un nuevo marco de ordenación territorial constituido por hospitales locales, regionales y universitarios. La expansión económica de los años sesenta permitió invertir en la construcción de hospitales. En el III Plan de Desarrollo (1958-61) se destinaron mil millones de francos para ese fin; en el IV (1962-65) la cifra se incrementó hasta tres mil; en el V Plan ascendió hasta trece mil millones de francos.

³⁹ Véase en el anexo A "El hospital nacional de los sistemas de salud", pág. 175-177.

⁴⁰ En el nuevo Gobierno de 1957 José Antonio Girón fue sustituido por Fermín Sanz-Ortío.



Módulo de consulta y espera de distintos ambulatorios construidos por el INP entre 1948 y 1959.

construcción de futuras instalaciones sanitarias y así "optimizar" inversiones, es decir, incrementar su ritmo y aprovechar al máximo los medios económicos y técnicos en las nuevas construcciones. El vocabulario generado junto al Plan de Estabilización económica cambiaba en paralelo con el cambio de los intereses nacionales. Los personajes también comenzaban a perder importancia frente a las actuaciones.

La asesoría y la oficina de proyectos del Plan de Instalaciones Sanitarias estaban representadas por Marcide, Mercadal y Santos. El trabajo se ensayaría primeramente en la construcción de ambulatorios⁴¹. Entre 1948 y 1959 se habían construido sólo 66, la tercera parte de los previstos en el Plan que ya debía haber concluido. España estaba de nuevo en Europa, pero por el momento no había logrado acelerar su ritmo de producción, y las cantidades anuales previstas por el INP para la construcción de hospitales todavía no llegaban a consumirse. Ante esa situación, el Instituto se veía forzado a utilizar instalaciones provisionales y alquileres de locales que no siempre eran adecuados para prestar asistencia sanitaria. Era necesario buscar fórmulas que permitiesen incrementar el ritmo de producción, pero a la vez el Plan debía reajustarse, porque el número de beneficiarios del Seguro continuaba creciendo sometido, además, a los efectos desestabilizadores provocados por el éxodo rural y una consecuente concentración en la periferia de las grandes ciudades⁴².

Al analizar el conjunto de ambulatorios construidos hasta la fecha se comprobó que había una variedad alarmante de soluciones en cuanto a superficies, distribuciones y costes. Para establecer una comparación de superficies se tomó como módulo básico el combinado de consulta y espera. Entre unos ambulatorios y otros la superficie de ambulatorio por módulo variaba de 19 m² a 202 m². Igualmente llamativa era la diferencia de dotaciones y calidad constructiva de unos ambulatorios y otros y sus precios de construcción, que habían fluctuado entre 1.154 y 4.300 pesetas, claro que eso no era tan de extrañar, habida cuenta de la diferencia de precios de construcción apreciable entre unas localidades y otras, de otras consideraciones topográficas o simplemente debida a causas circunstanciales del mercado⁴³.

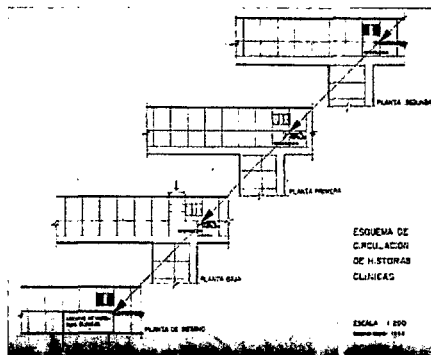
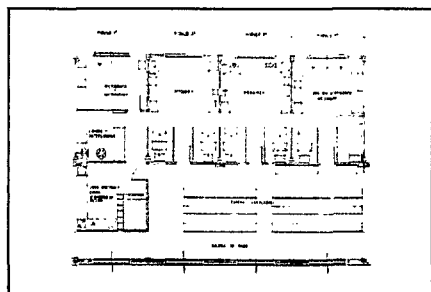
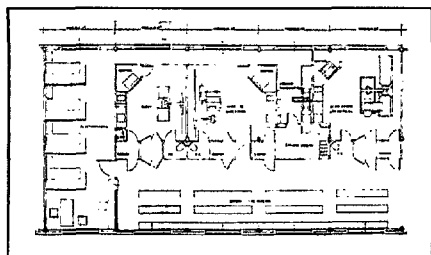
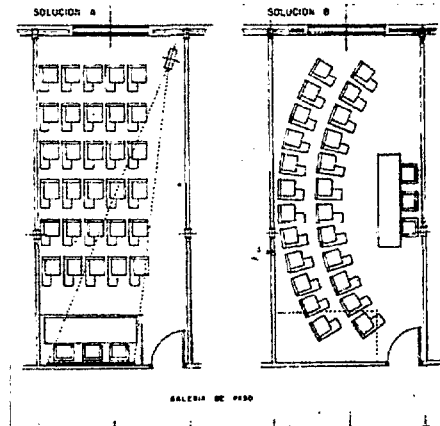
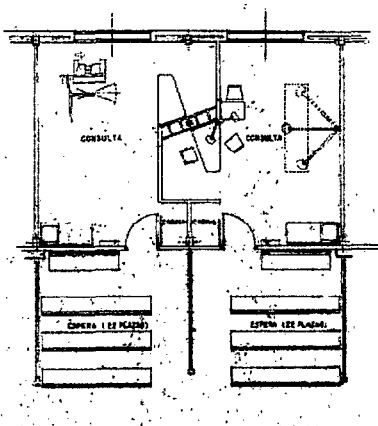
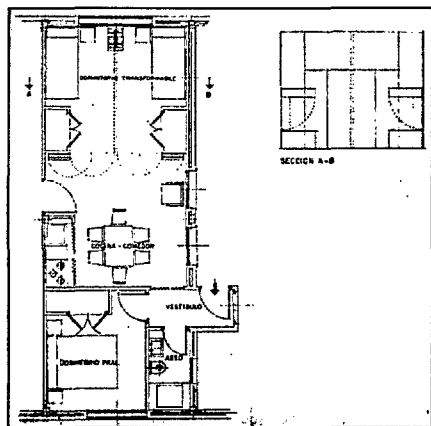
Durante la primera etapa del Plan la construcción en España se había desarrollado en unas condiciones precarias derivadas del bloqueo internacional. En ese periodo el número de materiales de construcción y su ritmo de producción habían estado muy limitados y habían forzado un ritmo de construcción verdaderamente lento. Ahora, una vez roto el aislamiento, se esperaba que la incipiente industria fuera capaz de garantizar cierta continuidad en la oferta de materiales y el desarrollo de una serie razonable de elementos normalizados que permitiesen homogeneizar el proceso de construcción y sus resultados.

La normalización también debía imponerse en el proyecto de las instalaciones sanitarias por razones obvias. El programa tipo de ambulatorio era la base de partida para la construcción de cualquier ambulatorio, y no había razones que justificasen la diversidad observada en las 66 primeras actuaciones. La uniformidad de las soluciones permitiría a los beneficiarios y al personal familiarizarse con el uso y la disposición del edificio genérico. También sería ventajosa para el mantenimiento general de las instalaciones, garantizaría la homogeneidad en lo relativo a calidad de la asistencia y facilitaría la supervisión de los proyectos y el seguimiento de los ambulatorios en su funcionamiento.

⁴¹ En octubre de 1962 la Comisión presentó su primer trabajo, denominado *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E.* En noviembre de 1963 el trabajo fue sometido a la Comisión Permanente del INP como *Proyecto de Plan de Ambulatorios Modulados de la Seguridad Social*. Entre medias se promulgó la Ley de Bases de la Seguridad Social.

⁴² Recientemente habían sido traspasados al Seguro los beneficiarios de la Mutualidad Nacional de Previsión Social Agraria. Véase *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E.* Madrid: INP, 1962, pág. 18.

⁴³ Véase "Análisis de la experiencia acumulada" en *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E.* Madrid: INP, 1962, pág. 2-4.



Los proyectos futuros debían reunir las nuevas condiciones, que se recogerían en un manual de diseño de ambulatorios. Si se trataba de normalizar las actuaciones era razonable modular el conjunto del ambulatorio. Lógicamente, el módulo básico debía ser el combinado de consulta y espera. Ese módulo dimensional valdría para diseñar el resto de unidades funcionales del ambulatorio tipo. No había tiempo que perder; a medida que se fueran estudiando y aprobando cada una de las unidades asistenciales, administrativas y auxiliares del ambulatorio tipo, se incorporarían a los proyectos en marcha.

La Comisión Permanente del INP aprobó en noviembre de 1961 el módulo de consulta y espera. A lo largo del año siguiente fueron aprobándose e incorporándose a los nuevos proyectos de ambulatorio cada una de las unidades sanitarias, administrativas y auxiliares del programa de necesidades⁴⁴, ajustadas sobre el módulo doble consulta/espera⁴⁵. En octubre de 1962 se presentó el *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E.* Se evaluaban los resultados obtenidos hasta el momento. La superficie media de ambulatorio por módulo consulta/espera, que antes era de 120 m², se había reducido a 90 m². Se había conseguido homogeneizar la anterior diversidad de precios entre unas actuaciones y otras⁴⁶, y el coste por ambulatorio se había reducido a tres cuartas partes del coste medio anterior⁴⁷. Por último, se había logrado acelerar considerablemente el ritmo de ejecución de los ambulatorios⁴⁸. Dos meses después se publicó el manual de diseño de ambulatorios, *El ambulatorio tipo*, en el que se recopilaba la normativa que había ido apareciendo en los últimos años.

En noviembre de 1963, un mes antes de promulgarse la Ley de Bases por la que la Seguridad Social sustituyó al Seguro Obrero de Enfermedad⁴⁹, el primer trabajo de la Comisión de Instalaciones Sanitarias Óptimas volvió a publicarse como *Proyecto de Plan de ambulatorios modulados de la Seguridad Social*⁵⁰. Se incluía ahora una lista de los 71 ambulatorios más urgentes. Una década después 197 ambulatorios estaban en funcionamiento, 40 en fase de construcción, y 96 más en proyecto⁵¹.

Plan de ambulatorios modulados del INP.
1959-63. Esquemas de organización de diversas
unidades funcionales.

⁴⁴ Los servicios tipo de radiodiagnóstico general, electroterapia y laboratorio se aprobaron el 22-02-1962.

⁴⁵ Se fijó una estructura de pórticos transversales con tres soportes, con vigas de tramos de 5,25 metros y losas de cuatro metros. Quedaba abierta la posibilidad de construir una estructura de hormigón o de pórticos metálicos y forjados aligerados.

⁴⁶ El precio por metro cuadrado de los nuevos ambulatorios rondaba las 3.750 ptas., que era el precio medio aproximado de los 66 ambulatorios construidos antes de la tipificación.

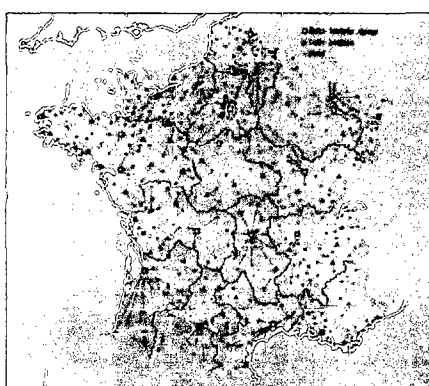
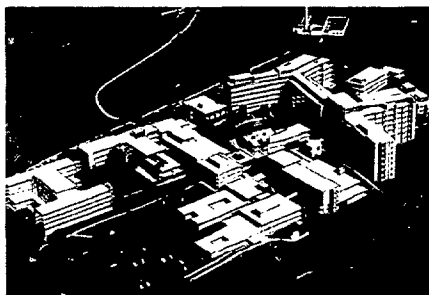
⁴⁷ El promedio de precios de los ambulatorios completos con 40 módulos había bajado de 16 millones de pesetas a doce millones de pesetas.

⁴⁸ Véase "Primeros resultados logrados en relación con el ambulatorio tipo" en *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E.* Madrid: INP, 1962, pág. 14-16.

⁴⁹ Véase el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", pág. 259-266.

⁵⁰ El 8 de noviembre de 1963 la Comisión Permanente del Instituto Nacional de Previsión trató y aprobó el Proyecto de Plan de ambulatorios modulados de la Seguridad Social.

⁵¹ Véase *Instituciones sanitarias de la seguridad social*. Madrid: INP, publicación n° 1.247, 1973, pág. 92-93.



Hospital de Northwick Park, Londres. Llewelyn-Davies, Weeks & Partners. 1962-70 Maqueta de la primera etapa de construcción.

Mapa del Plan de Regionalización de Hospitales de Francia, 1959.

A diferencia de lo que ocurriría en España, en los años sesenta los sistemas de salud europeos concedieron pequeña importancia a sus estructuras de atención primaria. En los albores de la década Francia e Inglaterra pusieron en marcha sus respectivos planes de reorganización territorial de Hospitales⁵². En ambos casos se contemplaba la creación de una red nacional de hospitales fuertemente jerarquizada por niveles de referencia nacional, regional, comarcal y local, e incluso la creación de estructuras primarias y especializadas próximas a la población. Pero por influencia de los grandes complejos hospitalarios escandinavos las inversiones fueron a parar a grandes hospitales. La medida fue consecuentemente asumida en casi toda Europa, que tendió a concentrar todos sus recursos asistenciales en unos pocos hospitales universitarios.

Los hospitales europeos eran cada vez más completos y sofisticados, pero también más grandes y laberínticos, y estaban demasiado lejos de todas partes para desconsuelo de sus usuarios, que tenían que recorrer grandes distancias para resolver a veces asuntos de importancia menor. Todos los problemas derivados del gran tamaño de los hospitales trataron de resolverse mediante tecnologías igualmente sofisticadas, y su construcción se encareció con independencia del uso residencial, industrial o clínico que fuera a tener cada una de sus partes. La crisis de los primeros años setenta obligó a abandonar esa política, y los económicos centros de atención primaria volvieron a poblar los barrios y los suburbios de ciudades y pueblos⁵³ al tiempo que se reducía la inversión en hospitales sofisticados. Esas medidas fueron pronto recogidas por la Organización Mundial de la Salud y recomendadas, principalmente para los países pobres, en su *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* de Alma-Ata, en Kazastán⁵⁴.

Con la implantación de la Seguridad Social, España también tendió a construir hospitales cada vez mayores. Los nuevos centros de especialidades derivados de la Ley sobre Bases⁵⁵ tendieron a concentrarse en las grandes capitales del país junto a sus residencias sanitarias, conformando grandes complejos hospitalarios en áreas

⁵² En Francia, como consecuencia del nuevo marco jurídico impuesto por la reforma Debré (1958), tuvo lugar el Plan de Regionalización de Hospitales (1959). El reparto de establecimientos propuesto tenía la base territorial común y contemplaba la instalación de tres tipos de hospitales, centros hospitalarios regionales (C.H.R.), centros hospitalarios (C.H.) y Hospitales (H.). Los C.H.R. se instalarían en ciudades importantes - polos de atracción para dos o tres millones de habitantes -, reunirían todas las especialidades médicas y quirúrgicas y estarían asociados a una facultad de medicina. Los C.H. se instalarían en ciudades con un área de influencia de 300.000 a 500.000 habitantes, a los que asegurarían una asistencia médica completa. Los H., previstos para aglomeraciones de 40.000 a 70.000 habitantes, dispensarían medicina y cirugía general y maternología. Por último, en aglomeraciones rurales con 12.000-25.000 habitantes se instalarían centros denominados hospitales rurales, capaces de ofrecer una asistencia básica que no incluiría cirugía. Los C.H.R. se panificarían a razón de 7 camas por cada 1.000 habitantes, los C.H. tendrían 5 camas por 1.000 habitantes, 4 camas por 1.000 los H. y 2 camas por 1.000 los hospitales rurales. Asimismo, se instalarían hospitales psiquiátricos a razón de 3 camas por 1.000 habitantes y sanatorios con 1 cama por 1.000, aparte de otras instituciones sociales para atención domiciliaria, ancianos, niños y demás. El principio jerárquico de regionalización se aplicaría fundamentalmente a los establecimientos con función curativa: hospitales generales, especializados, psiquiátricos, etc. La función medico-social se organizaría con los criterios de mayor homogeneidad y mayor densidad para asegurar la máxima proximidad entre los habitantes y los centros de medicina social. Las inversiones en hospitales universitarios aumentaron progresivamente a lo largo de la década. El Servicio de Salud Británico tomó el Plan francés como modelo para su Plan de Hospitales de Inglaterra y Gales (1962). Sobre el Plan británico véase en el anexo A "Plan de Hospitales para Inglaterra y Gales", pág. 180-182.

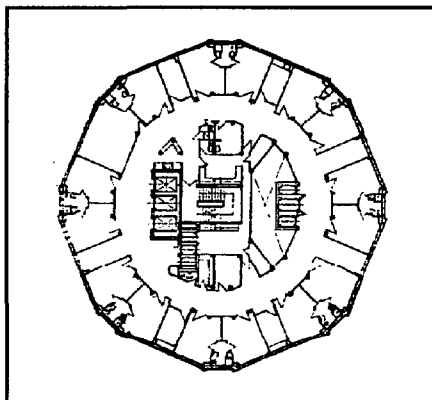
⁵³ Véase en el anexo A "Evaluación del Plan de Hospitales de 1962. Proyectos experimentales", pág. 186-195.

⁵⁴ Véase *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: OMS/UNICEF, 1978.

⁵⁵ Véase en el anexo D "Ley sobre Bases de la Seguridad Social", pág. 265-266.

determinadas de la ciudad. Eso también sucedió, pero ni en la etapa del Seguro Obrero ni en la de Seguridad Social dejó de invertirse en la construcción de una importante red de centros de atención primaria.

La política sanitaria española había seguido su propio camino. La propia forma de organización del Seguro Obrero español, tan razonablemente criticada por haber establecido la diferencia entre instituciones abiertas y cerradas, mantuvo como necesidades la planificación y construcción de centros de atención primaria de la dispersa estructura sanitaria española. Esa dispersión o reparto de competencias obligó a cada organismo responsable a construir sus respectivas redes de instalaciones en la medida de sus necesidades particulares y de sus diferentes posibilidades económicas. Los sanatorios del PNA, los hospitales de las diputaciones provinciales y las instalaciones del Seguro Obrero y luego de la Seguridad Social pudieron a la larga ajustarse razonablemente a unas demandas, no siempre complicadas, que generaría la Ley de Sanidad de 1986, una vez que el Instituto Nacional de la Salud hubo de coordinar las estructuras sanitarias españolas. Buena parte del conjunto de construcciones levantadas por los diversos organismos sanitarios pudo aprovecharse como soporte de distintos niveles asistenciales, desde el centro de atención primaria o el hospital de enfermedades crónicas hasta los centros de especialidades. Reutilizar los antiguos y sencillos edificios supuso un cierto ahorro, aunque no sea precisamente la construcción de los edificios sino su mantenimiento la inversión más costosa.



IV. ESTUCHES GEOMÉTRICOS. PROYECTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Veinticinco años de paz



Franco en su despacho del Palacio del Pardo, Madrid, en los primeros años sesenta.

Manuel Fraga en una visita a la Sede de NO-DO poco después de su nombramiento como Ministro de Información y Turismo.

Franco con dos de sus nietas en brazos. Primeros años sesenta.



El día 10 de julio de 1962 se produjo un importante cambio de gabinete en el Gobierno de Franco, en el que sectores radicales del régimen fueron arrinconados y sus carteras traspasadas a funcionarios de carrera. El Ministerio de Trabajo lo ocupó su anterior vicesecretario de estudios Jesús Romeo-Gorría, en sustitución del falangista moderado Fermín Sanz-Orrío; por primera vez desde la guerra civil esta cartera se desvinculó de la Falange. Sólo año y medio después, en las Navidades de 1963, se promulgó la Ley sobre Bases de la Seguridad Social¹. Sus consecuencias fueron extraordinarias para los hospitales del INP, ya que hubieron de ampliarse considerablemente para dar cabida a nuevos servicios médicos que el ahora extinto Seguro Obligatorio de Enfermedad no había considerado².

Desde su constitución el nuevo Gobierno se preparó para conmemorar en 1964 los veinticinco años de paz transcurridos desde la guerra civil. El régimen aspiraba a legitimarse por un presente de paz y progreso, aunque sin renunciar a sus principios sancionados poco antes por la Ley del Movimiento Nacional. Podrían cambiar denominaciones, pero no las fechas, lugares ni actos en los que se había gestado el venturoso presente español. Ahora se diría veinticinco años de paz aunque algunos como el Jefe del Estado continuarían evacuando en sus discursos los veinticinco años de la victoria y dándose cita con su pueblo en las fechas señaladas del 1º de Abril o Día de la Victoria, 1º de mayo o Día del Trabajo, 18 de julio o Día del Alzamiento Nacional, 1º de Octubre o Día del Caudillo, 12 de octubre o Día de la Hispanidad y de la Raza y 20 de Noviembre o Día de Luto Nacional, aniversario de la muerte de José Antonio.

Con el cambio de gabinete Manuel Fraga Iribarne sustituyó a Gabriel Arias Salgado en la cartera de Información y Turismo. Quizás con intención de precipitar en breve cambios profundos, se propuso renovar la imagen y el vestuario de Franco mandando al armario su uniforme militar de gala y presentando al personaje como un venerable abuelo en traje de chaqueta y corbata. Con tal fin preparó también la campaña de la paz, la mayor campaña de legitimación del régimen en toda su historia y una celebración exaltada de la figura de Franco, con apoyo de todos los medios de comunicación, televisión, prensa, arte, exposiciones, radio y cine. El despliegue de medios fue enorme³, y su éxito no fue menos extraordinario. El ciclo de actos de conmemoración de los veinticinco años de paz no comenzó hasta el Día de la Victoria, primera fecha del calendario franquista. El primero tuvo lugar, y no casualmente, en el altar de la patria, el Valle de los Caídos. A partir de ese día y hasta el 21 de diciembre cuando se dio por cerrado el ciclo con la inauguración del Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid, 1964 transcurrió con un vertiginoso programa de eventos convenientemente pregonados entre los que merece también destacarse el de inauguración, el Día del Alzamiento Nacional, de los nuevos Estudios de Televisión Española en Prado del Rey, en Madrid. Su plató, presentado entonces como el más grande de Europa, fue protagonista de buena parte de las celebraciones por la paz española.

¹ Ley 193/63, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. (B.O.E. nº312, de 30 de diciembre de 1963, corrección de erratas en B.O.E. de 28 de enero de 1964).

² Véase en el anexo D "Ley sobre bases de la Seguridad Social", pág. 265-266.

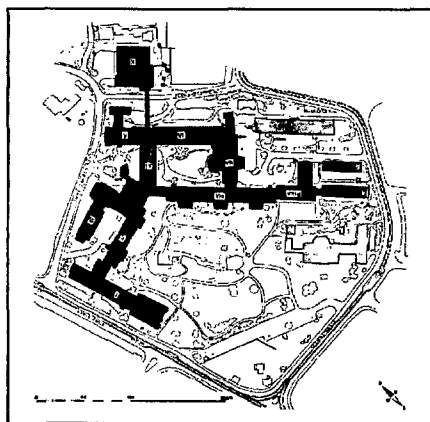
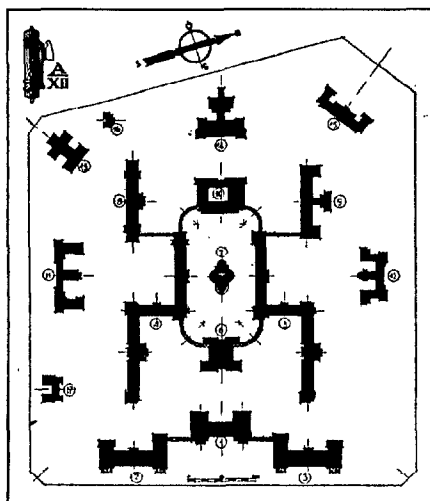
³ Entre otras actividades tuvo lugar una exposición itinerante de carteles bajo el título "España en Paz", la emisión de una serie de 14 sellos, sorteo especial de la Lotería Nacional, edición de medallas por la Casa de la Moneda, múltiples publicaciones, concursos de poesía, novela, cine, periodismo, radio, televisión. Incluso unos días antes de que se inaugurara el periodo de conmemoraciones, el 20 de marzo de 1964, se aprobó un indulto que alcanzaba a buena proporción de la población reclusa. Por su parte, la revista semanal *Imágenes*, del memorial franquista NO-DO, dedicó en ese año 8 números a los 25 años de paz. Véase Tranche, Rafael R.; Sánchez-Biosca, Vicente. *NO-DO. El tiempo y la memoria*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2002. "Apoteosis de la era de la información: los 25 años de paz" en NO-DO, pág. 421 y siguientes.



Convento dominicano en Zaragoza. Padre Coello de Portugal.

A mediados de noviembre, casi el Día de Luto Nacional, la productora cinematográfica Chapalo Films propiedad del director José Luis Sáenz de Heredia hizo el estreno de su leyenda subvencionada *Franco, ese hombre*. Mil novecientos sesenta y cuatro era el año de exaltación del Caudillo, y quizás se juzgó conveniente restar protagonismo ese año a la tumba del mártir José Antonio, aunque todavía sin pisarla, como el destino se encargaría de hacer con la muerte de Franco otro 20-N. Pero ese año fue también el de legitimación del arte moderno por parte del Estado. El nº 1017 de *Imágenes* de NO-DO, número central del año, estuvo dedicado al arte nacional y en él se repasaron sus autores más significativos, los intercambios con corrientes extranjeras e, inevitablemente, el triunfo de lo español en el mercado internacional, del que era una muestra el pintor Benjamín Palencia en París⁴. Aunque muchos de los autores mencionados estaban estrechamente ligados al franquismo, como Juan de Ávalos, autor de los grupos escultóricos del Valle de los Caídos, la arquitectura imperial del Ministerio del Aire sólo se nombró, y en cambio las imágenes del NO-DO se explayaron en la arquitectura moderna de templos promovidos por la Orden dominicana, que por otro lado acababa de vender al Instituto Nacional de Previsión un nuevo edificio, la Clínica *Puerta de Hierro* de Madrid.

⁴ Véase *El tiempo y la memoria*, op.cit, pág. 421 y siguientes.



Arriba, vista parcial y plano de ordenación del Nuevo Hospital Mayor de Milán. G. Marcovigi, 1930-36.

Abajo, vista del edificio de hospitalización y plano de ordenación del Hospital Cantonal Universitario de Zurich. R. Steiger, H. Fietz, M. E. Haefeli, J. Schlütz, W. H. Moser, (Amp. 1940-51)

1964 fue el año de Franco, de legitimación estatal del arte moderno y de entrada en vigor de la Seguridad Social. Una de sus bases, aprobadas por cierto el Día de los Inocentes del año anterior, anunciaba la necesidad urgente de establecer servicios de recuperación y rehabilitación en el nuevo sistema de Seguridad Social. En las residencias sanitarias del extinto Seguro de Enfermedad sólo se había prestado asistencia quirúrgica; ahora, sin embargo, se prestaría atención a la salud integral de los beneficiarios. Habría que instalar nuevas camas para maternidad, pediatría, recuperación y traumatología no operatoria⁵, mediante alguna fórmula compatible con la marcha del Plan de Instalaciones Sanitarias, que continuaba en su segunda etapa. Esa fórmula pudo encontrarse en el estudio elaborado por Primitivo de la Quintana en 1944.

La propuesta de Quintana se había convertido tras algunos recortes y con algunas modificaciones en Plan Nacional de Instalaciones del Seguro de Enfermedad. El Instituto Nacional de Previsión había adoptado la idea de construir una red de hospitales con base provincial y otra más tupida de ambulatorios, pero había descartado la construcción de las clínicas rurales y de los tres hospitales nacionales previstos en el Informe. En cuanto al tipo de construcción el INP había dado por buena la propuesta del monobloque, la única que a juicio de Quintana se debía considerar, de no tratarse de los grandes hospitales para los que se reservó la posibilidad de construir por pabellones. A Quintana le había cautivado uno de los mayores complejos hospitalarios de los años treinta, el Nuevo Hospital de Milán⁶, proyectado con un esquema actualizado de pabellones muy en boga en Europa durante el periodo de entreguerras. La idea, que no era exclusiva de los proyectos hospitalarios y que mantuvo su vigencia a través de los años cincuenta y sesenta, consistía en construir al borde de la ciudad un conjunto de edificios independientes, hechos cada uno a la medida de sus respectivas necesidades, pero integrados todos en un sistema de infraestructuras como en la sistemática de la planificación urbana. Consecuentemente estos hospitales, como algunas universidades o colonias de vacaciones de la primera mitad del siglo, se denominaron ciudades hospitalarias, como las universitarias o las de vacaciones⁷.

Hasta entonces los arquitectos del INP no habían tenido ocasión de poner esa idea en práctica, ya que ninguna de las residencias del extinto Seguro Obrero alcanzó las mil camas, pero ahora el panorama era diferente. Desde los años cuarenta algunas ciudades españolas experimentaron un crecimiento inesperado por efecto del éxodo rural, y el INP todavía no había logrado incrementar en consonancia las dotaciones del Seguro de Enfermedad planificadas entonces. Y ahora, además, había que añadir las dotaciones especializadas derivadas de la Ley sobre Bases de la Seguridad Social. Se hizo necesario implantar nuevos servicios especializados, y se planteó concentrarlos en grandes ciudades del país, en hospitales monográficos de ámbito regional o nacional agrupados de ciudades hospitalarias similares a las de otros países, conformadas a base de distintos hospitales de tamaño medio, de unas 350 o 400 camas⁸.

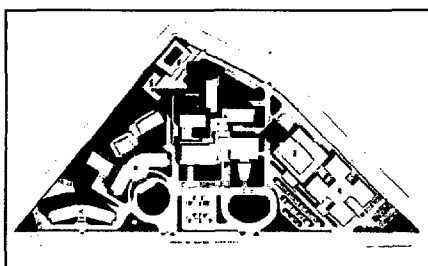
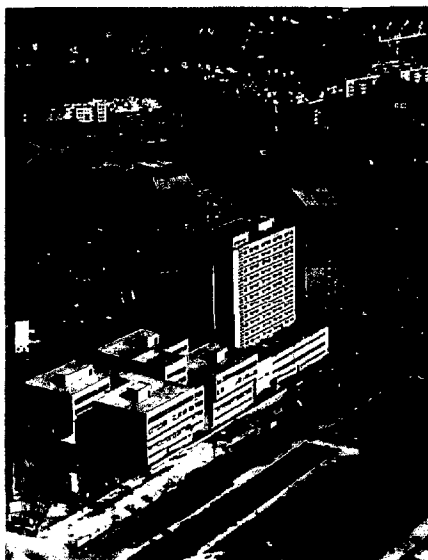
Así partir de 1964 comenzaron a construirse Ciudades Sanitarias en Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao, y también en Oviedo, ciudad algo

⁵ Véase en el anexo D "Ley sobre Bases de la Seguridad Social", pág. 265-66.

⁶ Véase en el anexo C "Construcciones de referencia", pág. 255-57.

⁷ Véase en el anexo C "Construcciones de referencia", pág. 255-57. Véase también en el anexo A "Los hospitales de los modernos", pág. 163-69.

⁸ Véase en el anexo D, "Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social", nota 16, pág. 250.



Arriba, Ciudad Sanitaria La Fe, Valencia. J. de Zavala, F. Flórez, M. Tapia-Ruano. Fotografía aérea y plano de ordenación.

Abajo, Ciudad Sanitaria La Paz, Madrid. M. J. Marcide. Bajorrelieve del Auditorio.

menor a la que debió tocar la suerte por ser la cuna de Carmen Polo. España se veía ya dentro de Europa, y se sumaba también a la tendencia continental de concentrar recursos hospitalarios. A medida que se articularon los correspondientes textos legales aparecieron en las grandes capitales y en Oviedo los diversos hospitales especializados en maternología, pediatría, rehabilitación y traumatología junto a otras tantas escuelas de enfermeras. Se asumió la política de concentración de modo que cinco de las siete ciudades sanitarias se construyeron junto a la residencia sanitaria existente, que ahora se denominaría residencia general.

En Madrid y Valencia no pudo ser así por cuestiones de los años cuarenta. A comienzos del Plan de Instalaciones el INP había calculado mal las dotaciones existentes en Madrid por lo que no se construyó allí una residencia sanitaria, debido a lo cual el Seguro de Enfermedad arrastró en la capital de la Nación un funcionamiento precario durante su existencia⁹. En la capital del Turia no funcionó mucho mejor, por causa de una mala herencia. En 1948 el Ayuntamiento de Valencia ofreció al Instituto un hospital a medio construir que no se ajustaba bien al programa del Seguro, pero aún así se decidió instalar allí la Residencia *General Sanjurjo*; y ahora ya estaba anticuada. Por ello, con la llegada de la Seguridad Social el INP decidió buscar terrenos apropiados para construir en esas dos ciudades complejos hospitalarios de nueva planta, aunque la Residencia de Valencia no llegó a clausurarse cuando la ciudad sanitaria proyectada para sustituirla abrió sus puertas, ya en 1972.

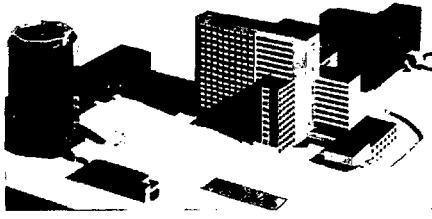
La fórmula geográfica de reparto de proyectos establecida a comienzos del Plan de Instalaciones, por la cual los proyectos de Barcelona correspondían a Botella como los de Zaragoza a Mercadal o los de Valencia a Zavala, se desechó tras la entrada en vigor de la Seguridad Social. Para esa fecha Marcide hizo valer su posición en el Instituto, y tomó para sí los nuevos proyectos de Madrid y Barcelona, los proyectos estelares de la nueva etapa, e impuso a sus viejos compañeros, ahora subordinados, la colaboración de Fernando Flórez en sus respectivos proyectos de ciudad sanitaria. El Jefe de la oficina de proyectos acaparó todo el protagonismo y ejerció el control absoluto de esa etapa de nuevos programas sanitarios. Él mismo junto al Doctor Santos los definió, y luego los transformó en prototipos que se repetirían por toda la geografía nacional. Para ello infiltró a sus hombres de confianza, Flórez y Tapia-Ruano, en las principales actuaciones a partir de 1964, cuando éstos acababan de obtener sendos títulos de arquitecto mediante los correspondientes cursos puente en la escuela de Madrid¹⁰. El primero de ellos estaba destinado a sucederle en el mando cuando él lo dejara; había que dejar eso atado aunque para ello hubo que hacer sangre. Botella y Zavala consintieron en estampar su firma junto a la del delfín en sus respectivos proyectos de las ciudades sanitarias de Barcelona y Valencia, confectionados con los patrones de Marcide. No cabía la posibilidad de oponerse a las decisiones de su antiguo camarada ahora Jefe, como pudo comprobar Mercadal, que "por no aceptar en el INP la colaboración de un arquitecto, que sólo tenía un año de arquitecto, antes había sido aparejador...", acabó con su vida profesional, según confesó resentido en una entrevista de 1971¹¹.

En plena campaña de la Paz, la Seguridad Social abría una nueva etapa de la política de salud en la que España, como Europa, se llenaría de hospitales. El porvenir era próspero y de paz para casi todos, y pareció oportuno guardar en un cajón las belicosas biografías de la cruzada que habían prestado nombres a las instalaciones del Seguro Obrero, y sacar a relucir la acendrada fe española para designar nuevos hospitales de la Seguridad Social. La población tomaba aliento y se reproducía aceleradamente, eran los felices años del *baby boom* y de las maternidades, y el Estado confesional español juzgó apropiado consagrar hospitales a las figuras de sus Matronas locales y consecuentemente a la de Franco, salvador de la Patria y procurador de la Paz, para

⁹ Véase en este trabajo "Barcelona y el caso de Madrid", pág. 43-46.

¹⁰ Fernando Flórez y Miguel Tapia-Ruano, aparejadores del INP y colaboradores habituales de Marcide, obtuvieron el título de arquitecto en enero 1964. Acababa de aprobarse la Ley sobre Bases de la Seguridad Social que, una vez promulgada, desencadenaría una nueva y acelerada etapa de construcción de hospitales.

¹¹ Véase "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García-Mercadal", en *Arquitectura* 156 (1971), pág. 33.



Maqueta de la Ciudad Sanitaria La Paz (1964). Junto al edificio de Residencia General aparecen, de izquierda a derecha, los volúmenes de la Maternidad, el Hospital Infantil y el Centro de Traumatología y Rehabilitación.



A la izquierda, La Paz vista desde el nudo de Manoteras.

A la derecha, La Paz vista desde una torre del Pinar de Chamartín.

quién se reservaron algunas de las principales actuaciones de la década. La Virgen de la Salud, o las de la Luz, el Cristal o el Puerto, fueron nominadas para desaire de excombatientes, alguno de los cuales fue incluso depuesto de su anterior cargo, como el aguerrido piloto Joaquín García Morato, reemplazado en su hospital de Sevilla por la patrona de Almonte, la Santísima Virgen del Rocío, de gran devoción en toda Andalucía.

Con el desarrollo de la Ley sobre Bases las condiciones de protección social de los trabajadores mejoraron notablemente. La sustitución de un conjunto de seguros sociales por un sistema de Seguridad Social suponía un cambio importante, y en materia de salud las ciudades sanitarias y sus dotaciones especializadas simbolizaron el acontecimiento. El proyecto para Madrid de la Residencia Sanitaria *La Paz*¹² dio comienzo a esta nueva andadura sanitaria. Su inauguración constituyó un importante evento de 1964, año de conmemoración de los veinticinco años de paz. De aquí tomó su nombre, *La Paz*, aunque poco después pudo asignársele el origen nominal menos revanchista de la virtud teologal, con la consagración en Valencia del complejo hospitalario de la *Santa Fe*. La decisión de construir en Madrid el primer hospital de cuidados progresivos de la Seguridad Social contenía también un gesto de deferencia hacia los

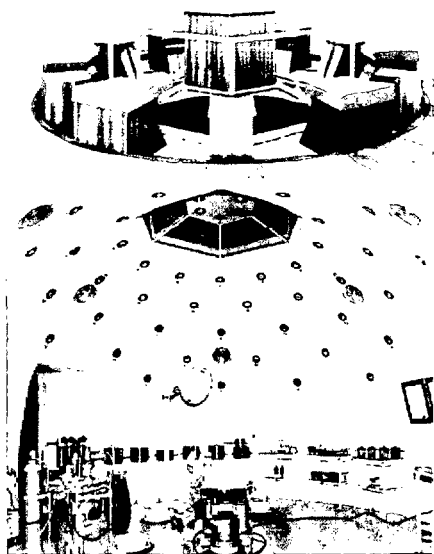


trabajadores residentes en esta ciudad, que desde la puesta en marcha del Seguro de Enfermedad hasta su reciente extinción habían recibido un trato desigual y dispensado en instalaciones provisionales, algunas de ellas comparables a las de la temida Beneficencia. Desde ahora la Seguridad Social les prestaría una atención preferente.

Tanto fue así, que durante el año de conmemoración de la paz Madrid inauguró dos hospitales únicos en el territorio nacional, *La Paz* y el *Puerta de Hierro*. El acontecimiento merecía una mención especial, y ambos centros fueron inaugurados ese año el mismo Día del Alzamiento Nacional por el Jefe del Estado en persona, Francisco Franco Bahamonde¹³. El programa del área de enfermería de la Residencia Sanitaria *La Paz* era diferente del habitual. Se pretendía prestar cuidados progresivos de enfermería a los internados en la residencia según se encontrasen todavía a la espera de un tratamiento, recién intervenidos o ya convalecientes. Marcide dio forma a esa idea con un proyecto en planta de cruz esvástica con brazos desiguales. La enfermería estaba dividida en tres secciones, la preoperatoria, la postoperatoria inmediata o de reanimación y la postoperatoria final o de recuperación, que ocupaban respectivamente tres de los cuatro brazos de la cruz. El cuarto estaba destinado a bloque quirúrgico, y contenía dos quirófanos ovoides y dos salas de observación por cada piso, alternados de izquierdas a derechas a lo alto del edificio conforme

¹² Véase "Residencia Sanitaria de la Seguridad Social *La Paz*" en *Informes de la Construcción* 167 (1965), 143-45.

¹³ Véase en INP. *Boletín de Funcionarios*, agosto 1964.



Montaje fotográfico. Residencia General La Paz, Madrid. Quirófano y sala de observación quirúrgica.

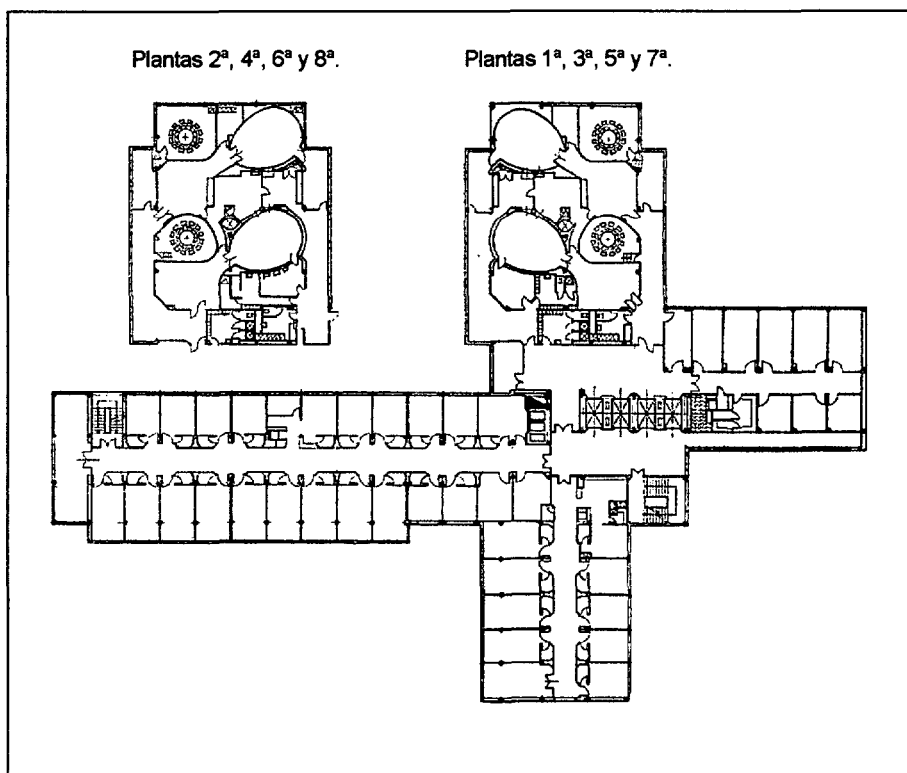
A la derecha, Residencia General La Paz, Madrid. Plantas 1ª a 8ª.

Abajo, Ciudad Sanitaria La Paz, Madrid. Fotografía aérea.



a un ingenioso diseño en sección. La disposición alternada permitía obtener para la sala de operaciones una altura de clave de cuatro metros¹⁴ sin necesidad de aumentar la escasa altura de piso del edificio, de sólo 3,06 m. La clave sobresalía, convenientemente, como una burbuja en el centro de la sala superior de modo que la observación quirúrgica se hacía más cómoda.

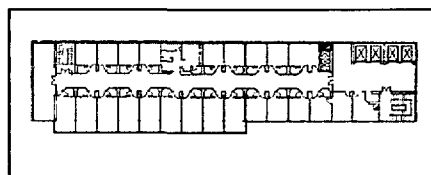
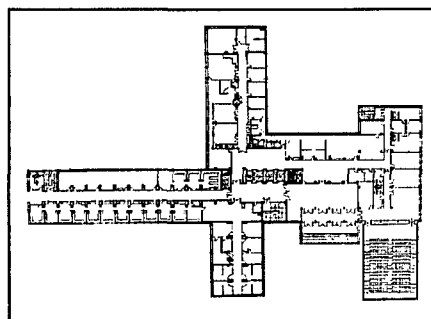
En La Paz se ensayó un programa experimental de cuidados progresivos luego prácticamente desechado debido a los problemas de intendencia que conllevaba su premisa de pasear a los pacientes por tres habitaciones distintas durante su estancia en el hospital¹⁵, premisa que fue contestada con un rechazo generalizado. Se ensayó también, ahora con buenos resultados, una novedosa variante del monobloque utilizado hasta entonces, variante luego perfeccionada en algunas interesantes actuaciones de los años setenta y ochenta, ya en proyectos con esquemas de base y torre¹⁶. En el diseño del hospital madrileño Marcide dio una inteligente vuelta de tuerca a las plantas de enfermería de los hospitales de Saint-Lô y de Salamanca, que tenía a mano. Utilizó el trazado en esvástica de la torre de enfermería normanda, que proporcionaba un núcleo de mayor superficie, pero desplazó el grupo principal de ascensores al centro, sobre la crujía común de las alas este y oeste, con objeto



¹⁴ La sala de operaciones diseñada por Paul Nelson tenía una altura en el vértice de la bóveda de 3'60 m.

¹⁵ La idea de organizar los cuidados de enfermería con la fórmula de vigilancia progresiva proviene de la segunda guerra mundial, cuando se comprobó la eficacia de agrupar a los heridos de guerra en función de su gravedad. Con esa medida se redujo la mortalidad y además se ahorró en personal y medios, lo que sedujo de inmediato a los administradores de algunos hospitales privados, principalmente en Norteamérica. La monitorización para vigilancia continua de electrocardiografía, presiones y otras constantes permitió también extender unidades de cuidados especiales fuera de las áreas de reanimación postoperatoria. La vigilancia progresiva se ensayó por primera vez en 1957 en el Hospital Memorial de Manchester (Connecticut) con tres unidades, respectivamente de cuidados intensivos, intermedios y propios (estos últimos denominados literalmente *self-care units*). El año siguiente entró en servicio una cuarta para cuidados prolongados, y poco después otra de cuidados coronarios. Su principal defecto deriva de la falta de continuidad en el cuidado del paciente durante su estancia. John D. Thompson dedicó los dos últimos capítulos de su libro *The Hospital: a social and architectural history* a examinar las ventajas e inconvenientes del sistema, que no ha llegado a establecerse más que en un porcentaje mínimo de la enfermería dentro de algunos grandes hospitales.

¹⁶ A partir de la construcción del Hospital de Avilés, de Alfonso Casares y Aurelio Botella, el INP comenzó a ensayar esquemas de base y torre. El Hospital Avilés mejoró la solución de comunicaciones verticales al separar las circulaciones de cuidados especiales de las generales. En el Hospital de Guadalajara, también de Casares aunque asociado ya con Reinaldo Ruiz Yébenes, se incorporó además un tercer núcleo de circulaciones de servicio, independizadas de las generales ahora para uso exclusivo de visitantes.



Residencia General La Paz vista desde la Ciudad Deportiva del Real Madrid.

Residencia General La Paz. Planta baja.

Residencia General La Paz. Plantas 9ª a 15ª.

de separar en cada piso los respectivos vestíbulos de personal y de visitantes. En el hospital salmantino se había utilizado un recurso similar, aunque sobre un trazado rigurosamente lineal que, sin embargo, acusaba la diferencia de altura entre el bloque quirúrgico y la enfermería. Cavestany había organizado su hospital a lo largo de un solo eje, con los ascensores y vestíbulos perpendiculares al mismo. Marcide, en cambio, utilizó los desplazamientos del trazado en esvástica para disponer el grupo de ascensores tangente a sendos corredores principales, de forma que la enfermería general y el bloque quirúrgico quedaron convenientemente separados y el área de cuidados intensivos tuvo su doble entrada desde los respectivos vestíbulos de personal y de visitantes. El hospital de Marcide todavía tenía su enfermería organizada sobre un trazado lineal, pero que apuntaba ya a los futuros esquemas de doble corredor que se tratarán a continuación, en la descripción del Hospital *Puerta de Hierro*.

La planta baja de la Residencia Sanitaria *La Paz* tenía una organización análoga a la de las plantas tipo, y los diversos servicios generales y clínicos que la ocupaban se organizaron como áreas autónomas en cada brazo del edificio. Debajo del de cuidados intensivos se dispuso el vestíbulo de entrada al que hubo de adosarse un pequeño edificio de admisión y administración. Al norte en la estructura correspondiente al área quirúrgica se encajó radiodiagnóstico y radioterapia. En el brazo sur debajo de la zona puramente hotelera o de cuidados propios, que se denominó área preoperatoria, se ordenó el servicio de electromedicina. Y el brazo más largo que en las plantas altas contenía la enfermería general se repartió entre los laboratorios y la farmacia. Como en todo monobloque, los recorridos horizontales estaban anudados a su eje único de comunicaciones verticales en el que confluían las diversas circulaciones de personal e internados, de servicio y de visitas formando un embudo que entorpecía considerablemente las relaciones entre los diversos servicios de la parte baja del edificio. Desde comienzos del Plan de Instalaciones para la misma enfermería los servicios generales y clínicos de los hospitales no habían dejado de crecer y demandaban una vertebración de sus circulaciones, pero en la oficina de proyectos del Instituto aún no se había considerado sustituir el tipo de monobloque aceptado en 1944, y ese crecimiento de los servicios se encajaba sin pensarlo por el procedimiento centrífugo de la mancha de aceite.

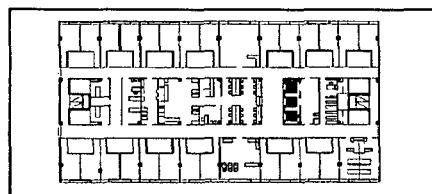


Residencia General La Paz vista desde el Paseo de la Castellana.



Clínica Puerta de Hierro. J.M. Bosch Aymerich, 1964.

La compra de la Clínica *Puerta de Hierro* era una muestra más de deferencia de la Seguridad Social hacia los madrileños. Con la nueva Ley sobre Bases se habían ampliado considerablemente las prestaciones de asistencia sanitaria, y ahora se requería para formación del personal de la Seguridad Social un centro adecuado en el que pudieran ensayarse nuevas técnicas hospitalarias cuya programación en hospitales normales de la red era inviable ante las condiciones cotidianas de demanda. Por ello debía organizarse un centro especial que no estuviera sujeto al régimen general de las instalaciones sanitarias y en el que hubiese cierto margen de selección de pacientes. Con ese fin, el Instituto Nacional de Previsión adquirió en febrero de 1964 un edificio para clínica recientemente construido en la *Ciudad Puerta de Hierro* por encargo de los Padres Dominicos. El nuevo centro debía integrarse cuanto antes en la estructura del todavía denominado Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad¹⁷, y a comienzos de junio el Ministerio de Trabajo firmó la debida autorización para se estableciese allí el Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas¹⁸. A finales de mes el Centro ya tenía un reglamento particular¹⁹ y unos días después comenzó a funcionar, aunque pronto tuvo que retocarse, tras la entrada en vigor de la Ley de Seguridad Social, en 1966²⁰. La selección de pacientes se haría conforme a las finalidades prioritarias de formar adecuadamente al personal de la Seguridad Social y de facilitar el ensayo nuevas técnicas hospitalarias, y el reparto de las codiciadas plazas de personal médico y auxiliar se haría a dedo, en forma de contratos temporales con plena dedicación e incompatibilidad con cualquier otra ocupación pública excepto la de médico consultor. El carácter especial del Centro convirtió pronto a la Clínica *Puerta de Hierro* en objeto de estudio, si bien su arquitectura no llegó a influir en los proyectos del Instituto hasta la década siguiente, y sólo en lo relativo a su trazado básico, que se aplicó en el proyecto de otro centro especial de la Seguridad Social, el Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas *Ramón y Cajal*, también en Madrid para orgullo de unos pocos y recelo de provincias.



Planta de hospitalización organizada en doble corredor. Gordon Friesen, 1955.

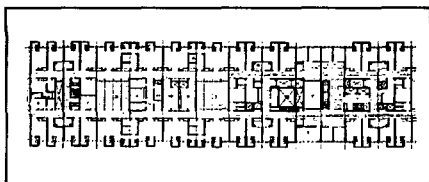
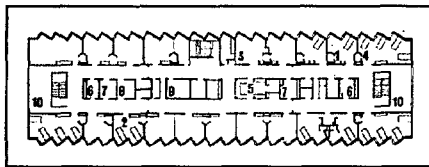
En su proyecto se había ensayado una variante autóctona del esquema de doble corredor o de planta de hipódromo, o *racetrack plan*, proveniente de Estados Unidos y aún inédito en España. Había comenzado a ensayarse en los primeros años cincuenta cuando el desarrollo de técnicas de aire acondicionado permitió proyectar una solución de enfermería muy compacta, con habitaciones en fachada ventiladas por medios naturales y los locales auxiliares interiores climatizados artificialmente. La compacidad de

¹⁷ Véase INP, *Boletín de Funcionarios*, abril 1964.

¹⁸ Orden del Ministerio de Trabajo, de 5 de junio de 1964, por la que se autoriza al Instituto Nacional de Previsión a crear un Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas de la Seguridad Social (B.O.E. núm. 154, de 27 de junio)

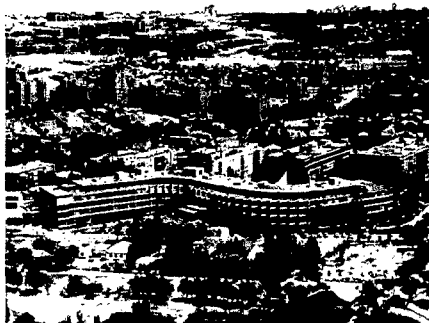
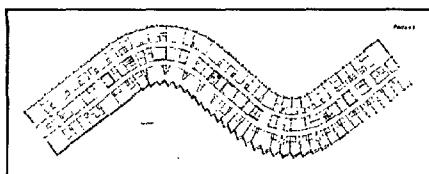
¹⁹ El 26 de junio de 1964 la Comisión Permanente del Consejo de Administración del INP aprobó el Reglamento específico del Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas Puerta de Hierro, según consta en la Orden de 11 de enero de 1973 del Ministerio de Trabajo (BOE n.º 18, de 20-01-73) por la que se declaró Centro Especial de la SS al Puerta de Hierro. El reglamento dejaba abierta la posibilidad contemplada por la Ley de Hospitales de atender enfermos no protegidos por la Seguridad Social hasta el porcentaje límite que en su momento se fijase.

²⁰ El 21 de abril de 1966 se aprobó la Ley de Seguridad Social en la cual se fijó el carácter de Centro Especial del Puerta de Hierro, confirmado por la Orden del 11-01-73 del Ministerio de Trabajo. La Orden encomendó al INP la elaboración del nuevo Reglamento de Organización y Gobierno, aprobado por la Dirección General de la Seguridad Social en su resolución de 21-01-74 (BOE 40. 15-02-74. Corrección de erratas en BOE 61. 12-03-74). El antiguo Reglamento había señalado como finalidades prioritarias de la Clínica la de experimentación de nuevas técnicas hospitalarias y la de perfeccionamiento del personal de la Seguridad Social; en el nuevo se amplió la educativa de formación de posgraduados y alumnos de la Facultad de Medicina de la UAM y la de otros alumnos de diferentes carreras auxiliares de la profesión. También se fijó en un 15% el límite máximo de camas por cada unidad departamental para enfermos no protegidos por la SS.



Hospital de West Haldimand, Hagersville, Ontario. Shore, Moffat & Partners. 1962-64. Planta de hospitalización.

Hospital Municipal de Hvidovre, Copenhague. E. Hartvig Rasmussen, 1962-78. Pabellón de hospitalización.



Clínica Puerta de Hierro. Planta segunda y fotografía de la clínica en su entorno.

esta solución ideada por la consultoría de Gordon Friesen²¹ permitía aumentar considerablemente la capacidad de la enfermería sin incrementar sus recorridos, e instalar en una planta de proporciones económicas cincuenta o sesenta camas todas distribuidas en habitaciones con baño individuales o dobles. Y su éxito fue inmediato, como el de algunas otras ideas sobre planificación de hospitales del afamado consultor sanitario canadiense, popularizadas internacionalmente como "Conceptos Friesen"²². A partir de 1960 el doble corredor se aplicó en hospitales europeos, sólo que en éstos algunos tramos de la crujía central tendieron a vaciarse con patios para iluminación y ventilación naturales de los locales interiores y de los corredores, tal como solicitaban los aventajados beneficiarios y el personal de los sistemas de salud británico y nórdicos²³.

Para el diseño de la Clínica *Puerta de Hierro* se adoptó esa variante europea del esquema norteamericano, aunque interpretada de acuerdo con los usos y costumbres del personal médico español, que exigía incluir el área quirúrgica en las plantas de enfermería. Pero el proyecto no se redujo a encajar los requisitos sanitarios conforme al esquema funcional elegido; también se consideró el adecuarlo a su emplazamiento y el darle una forma digna. Quizá en esta ocasión se fue algo más allá de lo acostumbrado en los proyectos de hospitales españoles porque su autor, José María Bosch Aymerich, que no era un arquitecto especializado en hospitales, se valió de los recursos generales que utilizan los arquitectos y no sólo de los específicos de la materia, que eran por lo común los únicos utilizados en el INP. En este caso la mayor dificultad estribaba en adecuar la altura del edificio a la de su entorno de chalés y pequeños edificios de la exclusiva colonia madrileña, ya que el solar no era lo bastante grande como para encajar con esa idea el voluminoso programa de la clínica. Aymerich adaptó el esquema de doble corredor a un trazado curvo análogo al de la residencia estudiantil del M.I.T, de Aalto, y rehundió el edificio en la parcela, decisión poco convencional que posiblemente habrían descartado los planificadores del INP, pero que el autor pudo defender ante los Padres Dominicos, promotores del hospital y mecenas habituales del arte y la arquitectura de vanguardia²⁴.

El esquema compacto elegido y su trazado curvilíneo ayudaban a encajar el voluminoso programa de la clínica en su pequeño solar, pero aún así la altura necesaria de siete pisos parecía poco adecuada para su entorno de perfil bajo, y fue preciso hundir tres plantas bajo la rasante. Sin embargo, sólo una quedó completamente enterrada porque el resto ventila y toma luces por medios naturales gracias al cuidadoso moldeado de los jardines, que les proporciona tranquilidad y hermosas vistas vegetales. El trazado curvo exponía al temible poniente madrileño la parte central del cuerpo del edificio, pero la solución de su fachada en diente de sierra permitió evitarlo y dio ocasión a una combinación de colores de la fachada con matices cambiantes de gresite en cada paño, según una proporción variable del azul al beige a lo largo del edificio. El trazado curvilíneo proporcionó a los corredores interiores un efecto de recogimiento en vez de la sensación deprimente común de los pasillos demasiado largos.

La solución de diente de sierra, tan habitual en aquella época de los proyectos de residencia colectiva²⁵, pudo tomarse en esta ocasión del cercano Colegio Mayor *Aquinas*, el Premio Nacional de Arquitectura de 1956 proyectado por Luis Miquel y Rafael de la Hoz en el que residían los mismos dominicos promotores del hospital, pero era también habitual de los hospitales norteamericanos contemporáneos que inspiraron sus plantas de doble corredor²⁶. Aparte del empleo del diente de sierra y

²¹ Véase James, Paul; Tatton-Brown, William. *Hospitals. Design and Development*. London: The Architectural Press, 1986, pág 83-84.

²² Véase Friesen, Gordon. "Concepts of Health Planning", en *World Hospitals*, Invierno 1975, 1.40.

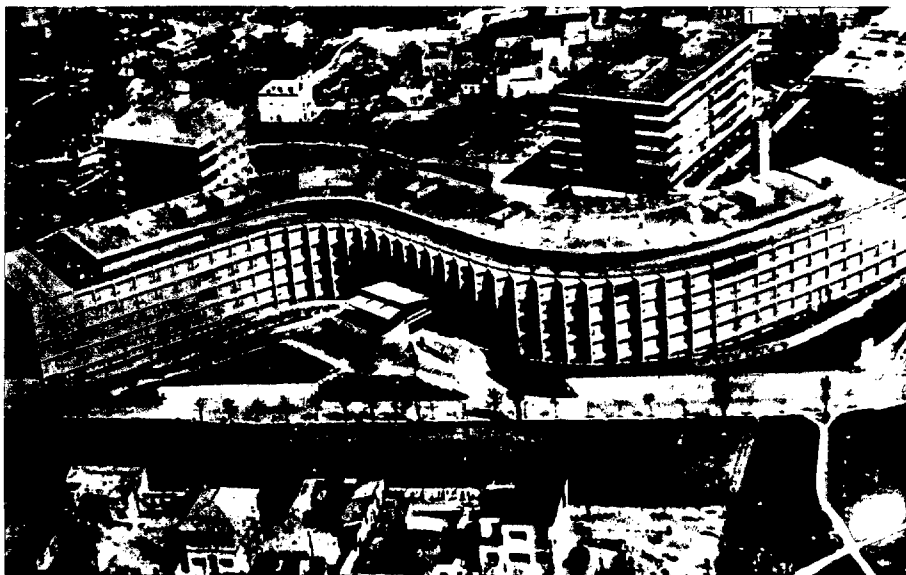
²³ Véase en el anexo A "El hospital nacional de los sistemas de salud", pág. 175-205.

²⁴ Véase E. Delgado. "La Orden dominicana y las artes. Conversaciones con el Padre Coello de Portugal", en *Arquitectura* 311 (1997), pág. 32-34.

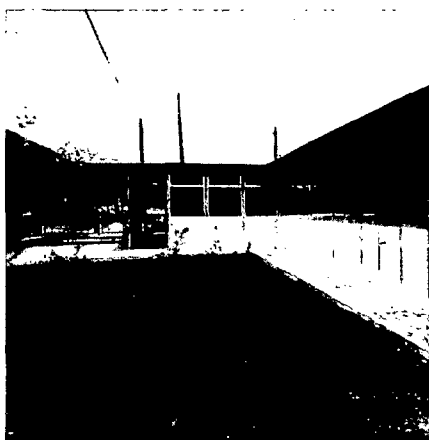
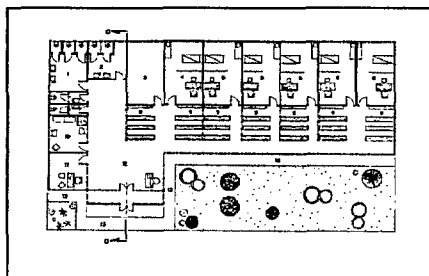
²⁵ Entre los más conocidos proyectos españoles con fachada en diente de sierra destacan dos hoteles, uno junto a Palma y otro en la Manga del Mar Menor, respectivamente de Coderch y de Corrales y Molezún, y el Colegio Mayor *Aquinas*, de Luis Miquel y Rafael de la Hoz.

²⁶ Véase Verderber, Stephen; Fine, David. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. New Haven and London: Yale University Press, 2000, pág 37-40.

Clinica Puerta de Hierro. Fotografía aérea.



de la procedencia dominica del encargo, la clínica de Bosch tenía poco que ver con la residencia universitaria de sus colegas Miquel y de la Hoz, pero la curiosa coincidencia sirve una vez más para destacar el sometimiento inevitable de los arquitectos a las modas, que no influyen para bien ni para mal en la calidad de los proyectos pero que una vez pasadas se olvidan o se evitan.



Ambulatorio prefabricado instalado en Torrejón, Madrid. M. J. Marcide. 1970.

Para entonces los diversos sistemas de salud europeos buscaban formas de acelerar el ritmo de construcción de sus respectivas redes de hospitales públicos conforme a los consabidos criterios de uniformidad territorial y homogeneidad en la calidad de las prestaciones²⁷; y lo mismo ocurría en España, que por efecto de la Ley sobre Bases de la Seguridad Social había extendido la protección social al conjunto de los trabajadores españoles y traído nuevas modalidades de asistencia sanitaria²⁸. Esto sucedía en una década de gran prosperidad económica en la que se invirtieron grandes cantidades de dinero para la construcción de hospitales. Se buscaba rapidez, funcionalidad e higiene, y las actuaciones se condujeron hacia la estandarización y a la producción industrial²⁹, recurso éste que jugó un papel fundamental en la programación de hospitales europeos al filo del año setenta³⁰ pero que en España se trató de una manera francamente anecdótica³¹.

Tras haber probado con éxito su plan de estandarización de ambulatorios, la Comisión de Instalaciones Sanitarias Óptimas decidió abordar el correspondiente a hospitales. Marcide y Santos acapararon el protagonismo de esta nueva etapa que se ensayaba de forma paralela en otros sistemas de salud contemporáneos. Ambos confiaban en que el rendimiento sanitario de la Seguridad Social mejoraría sustancialmente con hospitales de componentes normalizados, hechos a base de unidades funcionales clínicas, con los mismos equipos y plantillas e idénticos protocolos de uso. Pero no bastaba con determinar el programa específico de las diversas áreas funcionales y las dimensiones críticas de sus respectivos locales y pasillos; debía además reglamentarse el esquema de agrupación más conveniente para cada una de ellas hasta definir sus formas correspondientes.

Así la tarea de los arquitectos quedaría reducida únicamente a reunir con criterios de máxima compacidad las diversas piezas del rompecabezas y adecuar el conjunto a su emplazamiento. En lo relativo a proyectos se trataba de diferenciar entre *lo necesario*, que sería desarrollado por el propio Marcide, y *lo accesorio*, que podría hacer cualquier arquitecto de la oficina técnica. La CISO había defendido en su informe sobre ambulatorios las ventajas de ese tipo de normalización que liberaría a los proyectistas de lo más engorroso y especializado del encargo y que paradójicamente aumentaría su libertad de composición aún "sin comprometer la función primordial para la que está concebido el edificio"³². No se dudaba de la capacidad creativa de los arquitectos pero no quería verse comprometida la funcionalidad de los edificios por esa causa, y para evitarlo se decidió imponer tales condiciones de normalización³³.

²⁷ Véase *l'architecture d'aujourd'hui* 84 (1959, *Santé publique*). Véanse también *Baumeister* 7 (1959, *Krankenhausbauten*), *The architectural Review* 820 (1965, *Health and Hospitals*) y *Baumeister* 7 (1968, *Bauen für kranke*).

²⁸ La Ley de bases extendió la cobertura a los trabajadores por cuenta propia y amplió la prestación de asistencia en régimen de hospitalización para los casos médicos, obstétricos, infantiles, de rehabilitación y traumatología no operatoria.

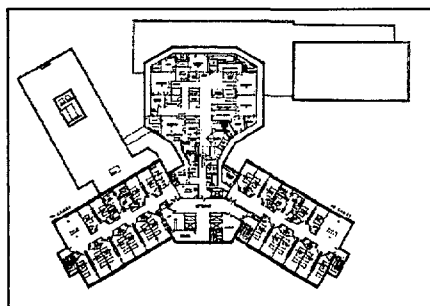
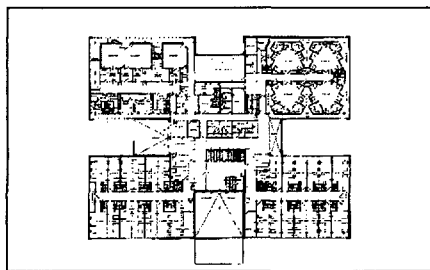
²⁹ Véase Femand, Catherine. *Les hôpitaux et les cliniques. Architectures de la santé*. Paris: Éditions Le Moniteur, 1999, pág. 39-47.

³⁰ Véase en el anexo A "El hospital nacional de los sistemas de salud", pág. 175-205.

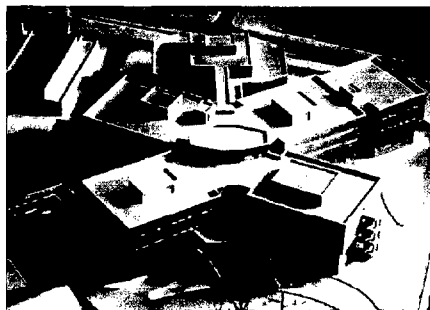
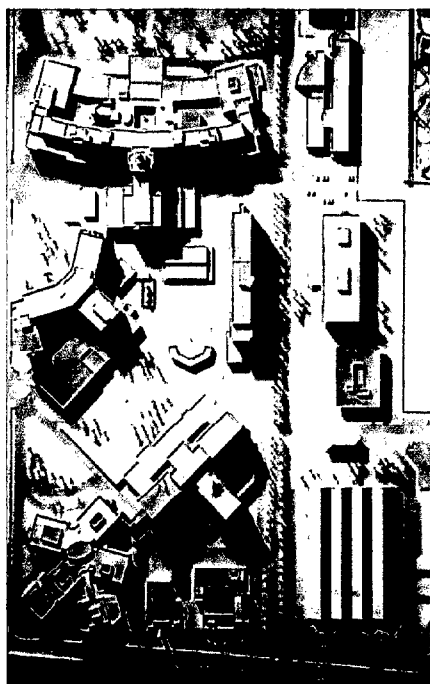
³¹ Marcide proyectó y construyó a finales de la década un prototipo de ambulatorio prefabricado y modular a base de paneles y perfiles. En el diseño del proyecto se aplicó un módulo cuadrado de 1,20 metros de lado, correspondiente al ancho habitual de los tableros normalizados. Se instaló en Torrejón de Ardoz. Véase "Ambulatorio de Torrejón" en *Informes de la Construcción* 221 (1970).

³² Véase Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de Ambulatorios del S.O.E. Madrid: INP, 1962, pág. 7-8.

³³ Algunos de los mayores, Mercadal, Garay o Botella, continuaron con su línea de hospitales en planta de avión, claro que actualizada a los nuevos tiempos. Poco a poco fueron quedando arrinconados. Otros, como Zavala o Álvarez de Sotomayor, dejaron los proyectos en manos de los arquitectos más jóvenes de sus equipos, que acataron las órdenes de Marcide.



Ciudad Sanitaria La Fe, Valencia. J. de Zavala et alt. Plantas tipo de Hospital Infantil y de Centro de Rehabilitación y Traumatología.



Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. J. de Zavala et alt. Fotografías de la maqueta de ordenación general y del Hospital Infantil.

A partir de 1964 el tándem voltaico formado por Marcide y Santos planificaría en solitario los nuevos programas de hospital general, maternidad, hospital infantil y centro de traumatología y rehabilitación con los que se había decidido extender la oferta sanitaria del extinto Seguro Obrero. Marcide se encargaría personalmente de dar forma concreta a cada uno de los correspondientes prototipos de hospital especializado, que luego serían reproducidos total o parcialmente en proyectos de las diversas ciudades sanitarias y en los de ampliación de residencias existentes.

El éxito de la normativa para la construcción de ambulatorios se debía principalmente a los criterios modulares aplicados en la ordenación de sus respectivas unidades asistenciales, funcionales y auxiliares de proyecto. Su reducido tamaño había permitido ordenarlas con la base modular del combinado de consulta y espera³⁴ en una estructura lineal bastante adecuada incluso para organizar el servicio de radiodiagnóstico, la mayor unidad del ambulatorio, de sólo cinco módulos y un largo total de 20 m. Esa misma estructura lineal se había fijado también como la única utilizable en el trazado general de los ambulatorios, aunque se había dejado abierta la posibilidad de utilizar sus variantes en T y en L. Y los resultados estaban siendo espectaculares tanto por la calidad y homogeneidad de los proyectos como por su acelerado ritmo de producción³⁵. Se esperaba que una normativa similar permitiría obtener resultados comparables en la construcción de hospitales, y con esa idea el jefe de la oficina técnica se dispuso a preparar *lo necesario*, es decir, los prototipos de diversas unidades hospitalarias que luego se aplicarían junto a *lo accesorio* en todos los proyectos del INP.

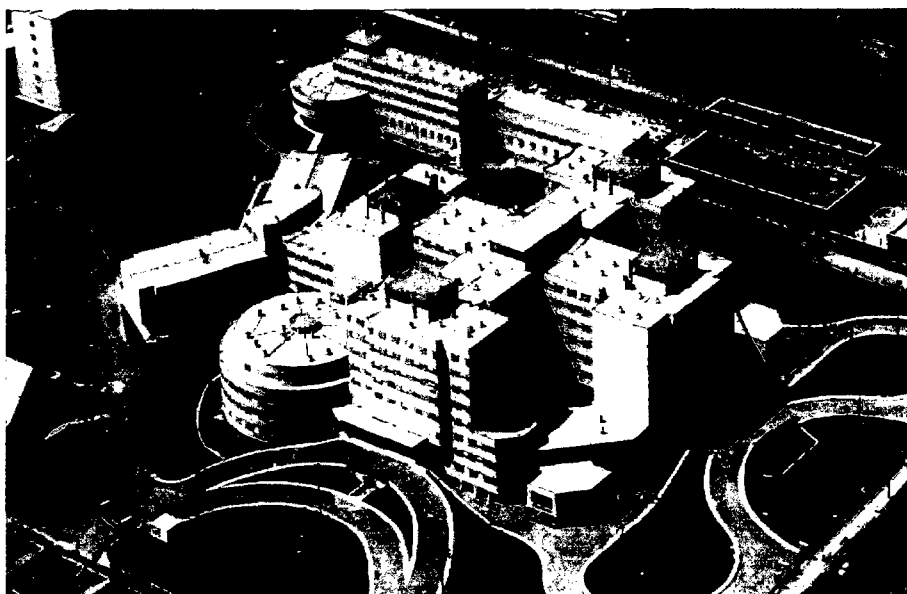
Dada la complejidad y tamaño de las unidades que componen el hospital, no bastaría con el esquema de peine fijado a los proyectos de ambulatorio. Por el contrario, se utilizaron diversas fórmulas de agrupación para las distintas unidades, a la mejor conveniencia de cada una de ellas. De hecho, bastaron diferencias de detalle para justificar el cambio de fórmula de agrupación de unidades que eran básicamente iguales. Sin embargo, esa atención a lo sutil sólo se contempló en el terreno de lo funcional, como se aprecia al comparar las diferentes unidades tipo de enfermería para maternidad, hospital infantil y centro de traumatología y rehabilitación que se repitieron por toda la geografía nacional, que podrían haberse trazado todas con el mismo esquema funcional y, en cambio, atendiendo a otras consideraciones de proyecto que se omitieron. Con Marcide la estructura de los hospitales españoles se determinó para las plantas de enfermería, y es allí en donde pueden descubrirse diversas fórmulas de agrupación empleadas en función de la especialidad a que se destinaran, porque el resto de los servicios del hospital no tenía otra configuración que la de aquellas, moduladas con el apretado ancho de habitación que utilizaba todavía la Seguridad Social española, de sólo 3'3 m.

En los proyectos de maternidad Marcide interpretó a su manera algunos esquemas radiales que por entonces estaban en boga y que se tratarán a continuación. Los interpretó en forma de rascacielos exento en la de la Ciudad Sanitaria *La Paz* y en la del Complejo Sanitario *Francisco Franco* o del Valle de Hebrón, en Barcelona; y también en forma de bodegón en soluciones bajas, exenta en el Hospital de Castellón, y enrevesadamente engastada con otros volúmenes en la Ciudad Sanitaria Provincial *Francisco Franco* de Madrid. En los proyectos de hospital infantil predominó el esquema de cruz conformando aspa o damero; Zavala aplicó las dos variantes, la primera en el hospital infantil de la Ciudad Sanitaria *Virgen del Rocío*, de Sevilla, y la segunda en el de su homóloga valenciana de *la Santa Fe*. Y en los de centro de rehabilitación y traumatología utilizó habitualmente una variante rechoncha del esquema en planta de avión, con las alas algo giradas y más cortas y anchas y con una cola también más abultada, formando una figura de tres brazos. Fue tan utilizada que da para un juego de palabras con la *Francisco Franco* y el *Francisco Franco* antes nombrados; o para arrancar una copla: *La Paz*, *La Fe* y el *Rocío*, por citar sólo unas pocas.

³⁴ El módulo formado por el combinado de consulta y espera era de 4x10'8 m².

³⁵ Véase en este trabajo "Tipificación y normalización", pág. 70-72.

Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco, Madrid. M. J. Marcide, 1968. Fotografía aérea.



Entre esos edificios y sus gemelos de otros lugares hay pequeñas diferencias de proyecto, que pueden derivar del tamaño de parcela o de otras particularidades, como su adosamiento o no a una residencia sanitaria. Pero son en todo caso diferencias delimitadas en el terreno de *lo accesorio*, y pasan inadvertidas frente a las potentes volumetrías de *lo necesario*. Durante la década de los sesenta los arquitectos de la oficina técnica del INP proyectaban todavía hospitales con el índice de 50 m²/cama mientras otros organismos públicos, como la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, abogaban ya por los 80 m²/cama³⁶. Las apreturas dejaban poco margen a los proyectos y a sus autores, que bastante tenían con acordar bajo esos mínimos el rompecabezas de las grandes piezas *necesarias*, las diversas unidades funcionales, quizás perfectamente ajustadas a sus respectivos programas particulares pero no tan bien avenidas entre sí, como puede imaginarse al contemplar a vista de pájaro uno de los hospitales más enmarañados de aquella época, Marañón ahora, y antes Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco de Madrid.



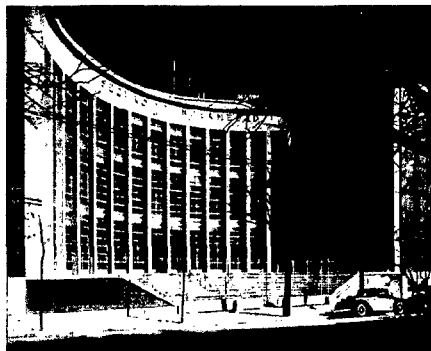
Hospital de Greenwich, Londres. W. Tatton-Brown. 1962-71. Fachada principal.

Posiblemente, Marcide tomó la idea de proyectar el hospital como una serie de partes independientes de los primeros hospitales de componentes franceses y británicos que retomaban planteamientos del hospital de pabellones³⁷. Sin embargo, no ajustó consecuentemente los índices de m²/cama, que habrían permitido organizar las partes con unos trazados circulatorios más holgados, ni asumió la necesaria independencia física y estructural de cada una de las partes. Por el contrario, continuó manejándose con edificios monobloque, estructuras menudas y superficies apretadas, como siempre. Diseño estuches perfectamente ajustados a los pormenores funcionales de cada parte cuando en otros lugares se ensayaba la propuesta neutral del cajón contenedor de cualquier actividad³⁸, provisional por definición en el terreno hospitalario; y eso trajo la obsolescencia prematura de sus edificios. Pero además, al apretar las partes unas contra otras en lugar de dejar las holguras debidas, hipotecó el buen funcionamiento de los hospital cada vez que hubo que acometer alguna modificación; y un hospital siempre está en obras, como la ciudad.

³⁶ Entrevista del autor con María Pérez Sheriff. 29-10-2001.

³⁷ A mitad de los años sesenta la Seguridad Social francesa abrió la etapa de hospitales de componentes con el desarrollo del modelo *Beaune* al que seguirían, ya en los años setenta, los modelos *Fontenoy* y *Duquesne*. Poco antes, a comienzo de la década, los equipos formados por Paul Nelson, Pierre Devinoy y Robert Lamourec y por Henry Pottier y Jaques Vial proyectaron respectivamente los hospitales René-Pleven, en Dinan, y *Antoine-Béclère*, en Clamart, cuya estructura de árbol se adoptaría en los modelos citados. Véase Fermand, Catherine. *Les hôpitaux et les cliniques; architectures de la santé*. Paris: Éditions Le Moniteur, 1999, pág. 39-46. A su vez, el Servicio de Salud británico construía el Hospital de *Northwick Park*, en Londres, a cargo de Lewelyn-Davies, Weeks & Partners, antecedente de los modelos experimentales *Harness* y *Nucleus*. Véase en el anexo A "Plan de Hospitales para Inglaterra y Gales de 1962", pág. 180-183; véase también "Evaluación del Plan de Hospitales de 1962. Proyectos experimentales", pág. 186-195.

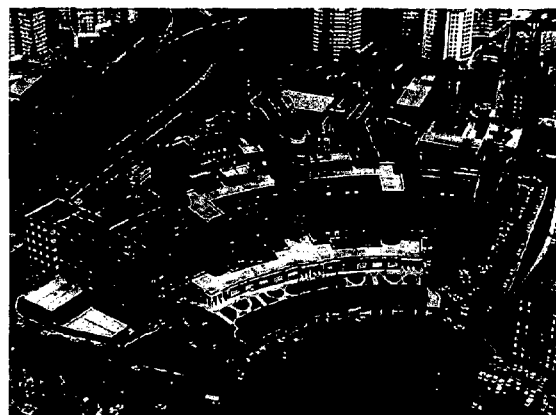
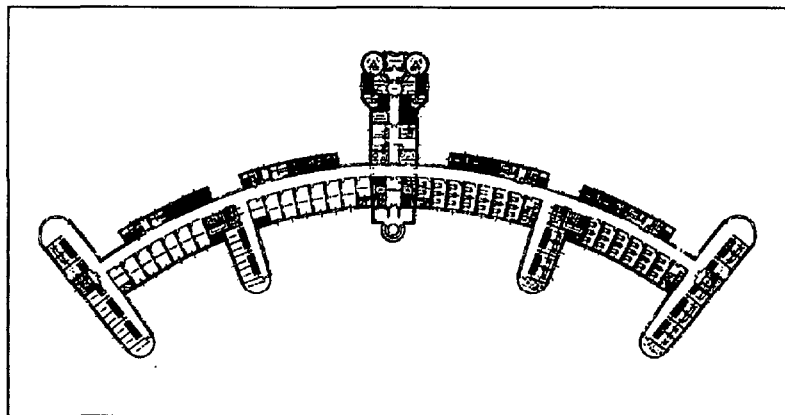
³⁸ Véase "Plan de Hospitales para Inglaterra y Gales de 1962", pág. 184-186; véase también y "Otros proyectos contemporáneos", pág. 196-205.



Ambulatorio de la calle Dr. Esquerdo, Madrid.
M. J. Marcide. Fachada principal y sala de espera.

El compás fue un instrumento de diseño particularmente atractivo para Marcide. El arquitecto vasco parece fascinado por los trazados concéntricos; tanto, que llegarían a ser una señal de su autoría. Como es fácil comprender la fascinación no fue compartida por el resto de arquitectos del INP, habituados a trabajar sus *plantas de avión* exclusivamente con el ángulo recto. De hecho todas las residencias sanitarias con curvas fueron trazadas por la mano de Marcide³⁹, descontando, claro está, las de curvas utilizadas para encajar quirófanos⁴⁰, resolver escaleras y esquinas o añadir molduras. Marcide también realizó algunos proyectos rectos, como los de la Residencia Sanitaria *Juan Canalejo* de la Coruña, o de su vecina de Santiago⁴¹. Pero a diferencia de sus compañeros del Instituto, utilizó el compás de forma insistente desde sus primeros trabajos, tanto a la hora de diseñar un balcón o unas escaleras o un cuerpo de entrada, por ejemplo el de la Residencia *Almirante Vierna* en Vigo, como al decidir las trazas generales de un ambulatorio o un hospital entero. El ambulatorio madrileño de la calle Doctor Esquerdo, la residencia bilbaína *Enrique Sotomayor*, ahora Hospital de Cruces, o la mallorquina *Virgen del Lluch*, ahora Hospital de Son Dureta, son ejemplos tempranos de su fascinación por las curvas.

Los trazados generales de Cruces y Son Dureta⁴² estaban aderezados por otros elementos menores también curvos. En el hospital bilbaíno contenían las salas de estar de las enfermerías y la escalera principal del hospital. Marcide y el ingeniero Carmelo Monzón dedicaron un gran esfuerzo al diseño y cálculo de la expresiva escalera helicoidal. Este elemento que superaba en más de la mitad de su altura al edificio principal se diseñó como un esbelto faro de vidrio rematado por una linterna. Su interés plástico, constructivo y de cálculo le hizo merecer un artículo específico en *Concrete and Constructional Engineering*⁴³ que luego el orgulloso



Residencia Sanitaria de Bilbao. M. J. Marcide.
Plantas primera, segunda, tercera y cuarta.

A la derecha, Residencia Sanitaria de Bilbao.
Fotografía aérea.

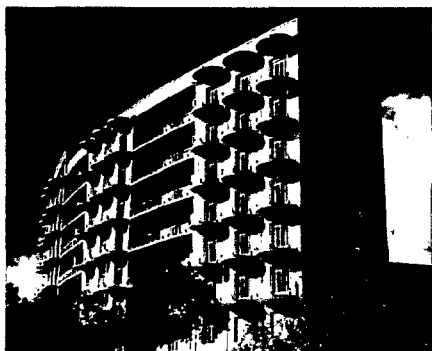
³⁹ La excepción es la Residencia Sanitaria *Joaquín García Morato* de Sevilla, luego denominada Ciudad Sanitaria *Virgen del Rocío*. El proyecto de esa residencia, de Juan Zavala, tiene un trazado también curvo, aunque en este caso el radio de giro es tan grande que la curvatura de la fachada es casi imperceptible. Zavala no volvió a utilizar el compás, si se exceptúan los quirófanos, en ninguna obra para el INP. Véase "Residencia Sanitaria Joaquín García Morato" en *Obras* 85 (1955), pág. 85-104.

⁴⁰ El diseño de quirófano de planta redonda fue el más habitual de los utilizados en las primeras Residencias Sanitarias del Seguro de Enfermedad. También se utilizaron quirófanos hexagonales y cuadrados, aunque éstos solo para salas de partos, incluso ovales a semejanza del quirófano ideado por Paul Nelson en los primeros años treinta y que no tuvo ocasión de poner en práctica hasta veinte años después, en el Hospital franco-americano de Saint-Lô. El INP lo adoptó para gran parte de sus hospitales entre 1960 y 1965.

⁴¹ Véase en este trabajo "Una residencia cerca de Meirás", pág. 40-42.

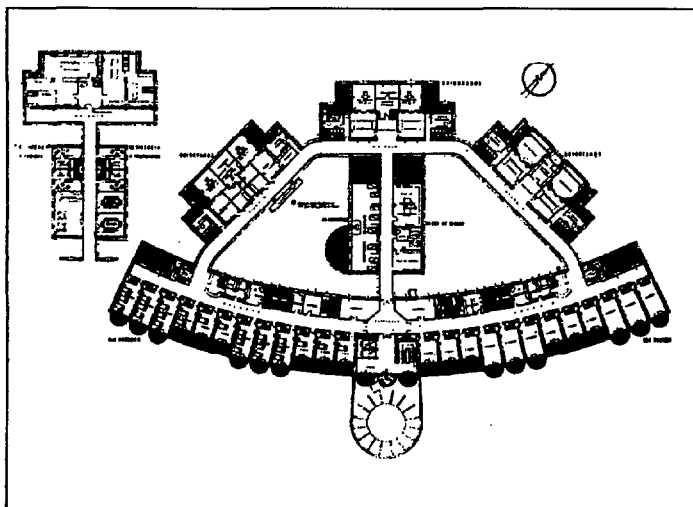
⁴² Las obras de la Residencia Sanitaria de Bilbao comenzaron en mayo de 1949; las la Residencia Sanitaria de Palma, en enero de 1950.

⁴³ Véase Bourne, N.B. "Construction in Spain", en *Concrete and constructional engineering* 10 (1950).



Instituto reimprimió en alguna de sus publicaciones⁴⁴. A juego con la escalera, en los extremos de las alas de enfermería perpendiculares al edificio principal dispusieron miradores semicirculares, acristalados de suelo a techo como aquélla. De esa manera, la composición de miradores y escalera se convirtió en protagonista de la obra de Cruces, e hizo que el edificio principal y su trazado curvo ocupasen un lugar secundario, a pesar de su gran longitud.

Por el contrario, en el hospital mallorquín los elementos curvos menores se organizaron junto al principal mediante una templada composición de armónicos que hacía posible percibir un estimulante efecto vibratorio. Los balcones, marquesinas y otros elementos secundarios de Son Dureta reproducían el propio trazado del edificio en una sucesión de curvas paralelas a diferentes escalas. El diseño de los elementos de fachada se guiaba por una voluntad de mínimos. Así, los barrotes de las barandillas aparentaban ser líneas, se afinaron los forjados de las terrazas y el único cuerpo cerrado que abultaba en la fachada, una pequeña sala de actos volada sobre la entrada principal del edificio, se acristaló en su mayor parte para dar mayor impresión de ligereza. Todos esos elementos juntos contribuían a dar un aire ligero y vibrante al conjunto, y su relación con la fachada convexa del edificio lograba reducirse casi a un juego de curvas de distintos tamaños y paralelas entre sí, como el de las ondas de una piedra sobre una superficie de agua. El fotógrafo Pando supo aprovechar esas virtudes del hospital en una magnífica serie fotográfica que realizó por encargo del Instituto pero con cargo a su empresa constructora, Huarte y Cía⁴⁵.



Residencia Sanitaria de Bilbao. Fachada principal.

Residencia Sanitaria de Palma de Mallorca. M. J. Marcide. Fachada principal.

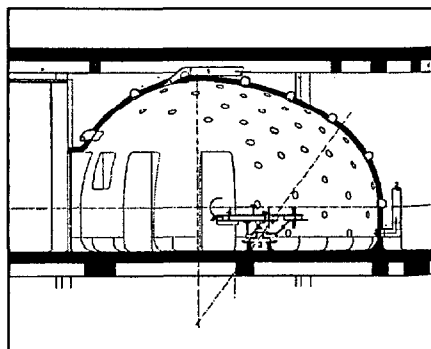
Residencia Sanitaria de Palma. Planta primera y detalle de planta tercera.

Residencia Sanitaria de Palma. Detalle del cuerpo de acceso.

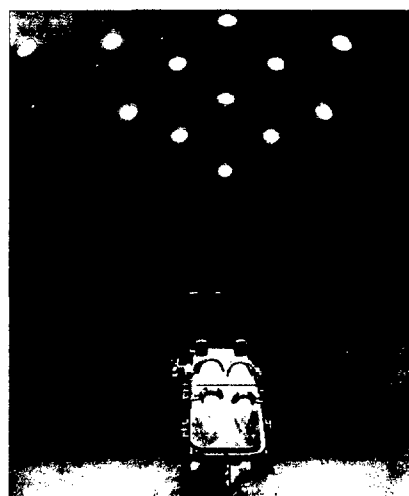
⁴⁴ Véase *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1952, pág 91.

⁴⁵ La biblioteca del Instituto Nacional de la Salud, en la madrileña calle de Alcalá, 56, conserva un álbum de fotografías de la Residencia de Palma y otro de la de Gerona, ambos firmados por Pando y financiados por Huarte y Cía.

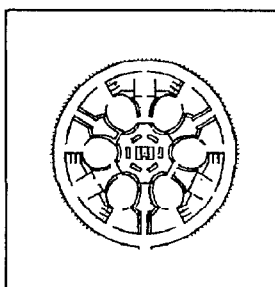
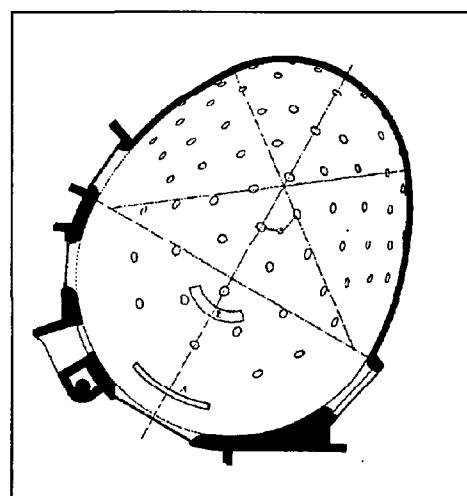
Nuevos esquemas



Sala de operaciones ovoide. Paul Nelson, proyecto de 1934. Construida por primera vez en el Hospital Franco-Americano de Saint-Lô, Normandía. 1946-56. Planta, sección y fotografía.



Abajo, grupo quirúrgico de proyecto de hospital de 300 camas. M. J. Marcide, 1960.



Este hospital genérico concentraba todos sus quirófanos salvo los sépticos y los de partos en un solo grupo arracimado en forma de pétalos alrededor del área de esterilización. Por entonces los arquitectos del Instituto habían comenzado a utilizar la sala de operaciones ovoide⁴⁸ en sustitución de la circular o la hexagonal adoptada en los quirófanos de las primeras residencias sanitarias⁴⁹. El cambio sobrevino tras una visita de Paul Nelson a España⁵⁰, por invitación del INP. La sala ovoide convenció y entró a formar parte del proyecto en los hospitales del Seguro. Marcide también lo incluyó en su hospital teórico de 300 camas. La forma ovoide encajaba a la perfección en el esquema radial de su grupo quirúrgico; parecía hecha a la medida de

⁴⁶ Véase en este trabajo "Revisión de proyectos. Hospital Teórico", pág. 58-62.

⁴⁷ Ibidem, pág. 58-62.

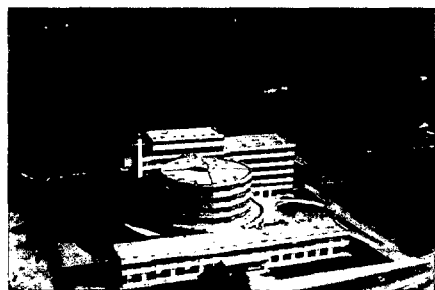
⁴⁸ La sala de Operaciones ovoide fue ideada por Paul Nelson en 1934, mientras trabajaba en el proyecto de *Pabellón Quirúrgico de Ismailia* en Egipto, por encargo de la *Compañía del Canal de Suez*. La idea estuvo probablemente inspirada en los *hammam* o baños árabes, cuya iluminación natural, homogénea y sin sombras la proporcionan pequeños pero numerosos huecos practicados en su bóveda o cúpula. El aventurero Paul Nelson llegó a Francia en 1918 como piloto de la escuadrilla *La Fayette*, pero pronto cambió las armas por las artes y se incorporó a la vanguardia artística parisina de entreguerras. En ese ambiente cargado de surrealismo debió parecerle oportuno transformar la forma esférica del *hammam* en una ovoide para su sala de operaciones. El proyecto de Ismailia no salió adelante, y el ovoide se incubó durante veinte años hasta la obra del Hospital Franco-Americano de Saint-Lô. En 1950 el arquitecto franco-americano publicó "La salle d'opération ovoïde" en la revista *l'architecture d'aujourd'hui* y a principios del año siguiente en la revista española *Informes de la Construcción* 28 (1951).

⁴⁹ Véase Azcona, Siro. *Residencias Sanitarias*. Madrid: Editorial Plenitud, 1954, pág. 220-247.

⁵⁰ Entrevista del autor con Aurelio Botella Carella. 16-11-2001.



Hospital Materno-infantil de Cantabria. F. Flórez, 1969. Fotografía aérea.



Hospital de Castellón de la Plana. M. J. Marcide y F. del Cerro, 1969. Fotografía aérea.

su agrupación en planta de margarita. Sin embargo, esa original propuesta no pudo construirse hasta una década después, y por desgracia para Marcide, en la obra ajena del hospital materno-infantil de Cantabria⁵¹, que al menos era de su protegido Fernando Flórez. Ni siquiera tuvo el honor Marcide de instalar por primera vez en España la sala ovoide. El honor le correspondió a su colega Aurelio Botella y a su Clínica *Covesa*, inaugurada en 1960, en donde se instaló una agrupación de cuatro quirófanos casi idéntica a la de Saint-Lô⁵².

Los proyectos tardíos para Castellón y Segovia⁵³ se resolvieron todavía con el combinado radial-lineal del hospital teórico de Marcide. Sin embargo allí esa combinación no respondía como en el proyecto genérico a importantes consideraciones funcionales, sino a una interpretación rígida del programa de usos y a una voluntad formal exagerada. En el hospital teórico el prisma y el cilindro eran el área de hospitalización y el grupo quirúrgico, mientras que en Castellón y Segovia eran ambos habitaciones. La única diferencia funcional entre partes tan distintas era tan arbitraria como la asignación de diferentes unidades clínicas, las especialidades clínicas en el prisma y en el cilindro la maternidad.

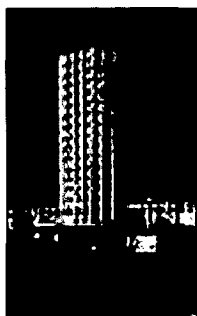
Tal diferencia no se había contemplado en las residencias sanitarias de los años cincuenta, ni se contemplaría de ese modo en los proyectos de hospitales del Insalud, pero entre medias se utilizó muy a menudo con la aprobación entusiasta de una asesoría médica que consideraba óptimo ajustar los esquemas espaciales a sus respectivos y específicos programas de usos en boga. Quizás debido a la urgencia del Plan de Instalaciones, la asesoría encarnada ya en la figura del doctor Santos no prestó la atención debida a los esquemas generales de los edificios porque entendía el hospital como poco más que un agregado de clínicas independientes. Esa versión del hospital hecho de trozos coincidía con la de la oficina de proyectos inspirada por Marcide, y fue la que imperó en la década de los sesenta.

⁵¹ El Hospital materno infantil de Cantabria, proyectado por Fernando Flórez y construido por Huarte, S.A., entró en servicio en 1969.

⁵² Véase en este trabajo "El nuevo estilo del INP", pág. 63-67.

⁵³ El Hospital de Castellón fue proyectado por Martín José Marcide; el autor del Hospital de Segovia es Federico del Cerro. Ambos hospitales fueron construidos por Huarte S.A., en 1969 y en 1974, respectivamente.

Viejas formas



Las maternidades vinieron a ser el emblema de la nueva voluntad política que transformó un Seguro para casos de enfermedad en un sistema de Seguridad Social basado en el derecho a la salud del individuo desde la cuna. Sus planificadores auspiciaron así el protagonismo de su arquitectura, cuya forma y tamaño las destaca habitualmente por encima de otras edificaciones en las ciudades sanitarias. Por lo común las maternidades de la década del *baby boom* adoptaron la forma emblemática de enormes fustes estriados. Marcide se valió del esquema de enfermería redonda, una solución que ya había tenido antecedentes ilustres en la etapa victoriana⁵⁴ y que desde su actualización en los primeros años cincuenta se había hecho habitual en los proyectos de hospitales⁵⁵.



Los ejemplos europeos y americanos de enfermería redonda fueron de pocas plantas, pero por el contrario Marcide produjo habitualmente maternidades redondas de gran altura, como las de las ciudades sanitarias *La Paz* en Madrid y de Vall d'Hebrón en Barcelona. La figura de esas monumentales torres clónicas parece provenir de la Torre Balilla⁵⁶ de la colonia obrera Fiat en la playa de Marina di Massa, construida en los primeros años treinta por Vittorio Bonadè Bottino⁵⁷. Esta construcción fantástica con la que guardan una notable semejanza aparecía también en *Ospedali*⁵⁸, el referido texto de Moretti tan recurrido por los *senior* del Servicio de Arquitectura del Instituto desde el principio del Plan de Instalaciones, y que Marcide debió desempolvar en los primeros años sesenta buscando nueva imagen para los hospitales de INP. En este caso no se trataba de copiar la solución de un programa funcional que ni se parecía ni pertenecía a una misma época; para eso había modelos recientes. Lo que ahora se buscaba era la nueva imagen de las maternidades que habrían de anunciar la futura obra social del franquismo. Hacía falta una imagen nueva, pero que representara a unos inmutables ideales de justicia social que después de dar vida a la Cruzada habían vuelto a consagrarse como Principios del Movimiento Nacional⁵⁹ en una revisión católica del ideario fascista. Parecía oportuno, por tanto, rescatar para la causa española la imagen de una emblemática obra social de la Italia de entreguerras.

Arriba, a la derecha, Torre Balilla. Marina di Massa, Italia. V. Bonadè Bottino. 1932-35.

Arriba, a la izquierda, Maternidad de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Barcelona. M. J. Marcide. 1966.

Flechas, miembros de las juventudes del F.E.T. y de las J.O.N.S. Imágenes extraídas de NO-DO.

La Torre Balilla se alumbró en el contexto del fascismo italiano y constituye un ejemplo claro de los intereses que movieron a una parte activa de su vanguardia. La generación de Marinetti, De Chirico y Piacentini exploró las posibilidades monumentales y oníricas de un arte que imaginaba el futuro sin olvidar su pasado romano, y las desarrolló en un puñado de edificios emblemáticos, buena parte de

⁵⁴ Los ensayos más conocidos de enfermería redonda en aglomeración se llevaron a cabo en el Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, en 1876, en el Hospital Stuyvesant, de Amberes, en 1878, y en la Real Enfermería de Liverpool, en 1887. Véase en el anexo A "El hospital de las enfermeras", pág. 158-159.

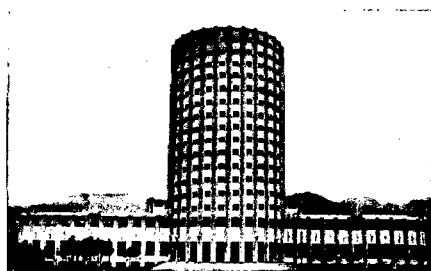
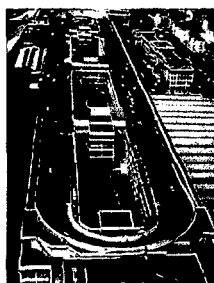
⁵⁵ Además de los ejemplos aquí citados, pueden consultarse los artículos de Jane Jacobs "Hospitals in the round", en *Architectural Forum* (Jul. 1961), y de John D. Thompson y Robert J. Pelletier "Privacy vs. Efficiency in the Inpatient Unit", en *Hospitals* 36 (Aug. 1962).

⁵⁶ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli, editore, 1935, pág. 266-268.

⁵⁷ Vittorio Bonadè Bottino (1889-1979) se graduó como ingeniero en el Politécnico de Turín en 1914. Al terminar la primera guerra, trabajó para Mattè Trucco en los cálculos de la estructura de hormigón de la factoría Lingotto. En 1925 construyó la factoría de Porto Marghera, también para Giovanni Agnelli, y cuatro años después se hizo cargo del Servicio Central de Construcciones de la Fiat. Sus trabajos más importantes de aquel periodo son el Sanatorio Pra Catinat y las torres helicoidales de Sestriere y de Marina di Massa. A mediados de los años treinta Bonadè Bottino trabajó en importantes actuaciones de reforma de la ciudad de Turín, a la vez que diseñaba la nueva planta Mirafiori y los alojamientos de la compañía en Villar Perosa. Su firma aparece en el proyecto de medio millar de edificaciones del imperio automovilístico de los Agnelli.

⁵⁸ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli, editore, 1935.

⁵⁹ El 17 de mayo de 1958, un lustro antes de establecerse en España el sistema de Seguridad Social, se había promulgado la Ley de Principios del Movimiento Nacional que consagraba de nuevo "los ideales que dieron vida a la Cruzada".



Arriba, balillas, miembros de las juventudes fascistas, formados en el "sollado" de la Colonia Marina XXVIII de Octubre.

En el centro, Factoría de automóviles FIAT "el Lingotto", Turín. G. Mattè Trucco, 1919-22. A la derecha, fotografía aérea de la pista de pruebas; a la izquierda, dibujos publicados por Le Corbusier en *Vers une architecture*.

Abajo, Torre Balilla. Fachada principal.

ellos promovidos para la Fiat por su propietaria, la poderosa familia Agnelli⁶⁰. La Torre *Balilla* era el albergue de lo que entonces se denominaba una colonia infantil de vacaciones por eufemismo de su verdadero cometido como casa de salud para niños pretuberculosos⁶¹. La colonia de vacaciones era a la vez sanatorio y escuela de higiene; y durante el fascismo fue además centro de adoctrinamiento. Sin esa connotación de propaganda, un programa tan modesto como el de albergue juvenil no habría ocasionado una arquitectura tan fantástica como la de la Torre *Balilla*.

Esa obra, como otras de Bonadè, parece inspirada por la factoría turinesa de automóviles, el *Lingotto*⁶² de su antecesor al frente del servicio de construcciones de la *Fiat*, Giacomo Mattè Trucco⁶³, y aunque contiene un sencillo programa de albergue comunitario, es un enorme cilindro de 52 metros de altura y 25 de diámetro. Su interior desarrolla una sola nave de enfermería, la solución clásica de enfermería medieval, proyectada ahora como la famosa rampa helicoidal del *Lingotto*, una forma que luego adoptarían los edificios de aparcamiento. El alojamiento en la torre se organizó también con el antiguo esquema de espina de los hospitales históricos, enrollado en el interior del cilindro. La rampa, un dormitorio de 420 metros de largo por 8 de ancho y 2,6 de alto⁶⁴, trepaba alrededor de un pozo de luz y ventilación. En cada vuelta de hélice se acomodaron veintiocho ventanas y dos unidades de treinta camas convenientemente separadas⁶⁵ por sendos grupos de compartimentos de uso común y vigilancia de los residentes, que en ningún caso llegaban a deshacer la continuidad de la hélice alrededor del pozo y chimenea.

La Torre *Balilla* tiene al mismo tiempo algo de rampa sin fin, de depósito de agua⁶⁶, de faro y de silo. Todas esas construcciones a las que alude estaban presentes en el imaginario moderno de 1920, pero tienen además la condición intemporal y el carácter monumental buscados en la Italia de Mussolini. Atributos que en ese contexto encajaban perfectamente con el doble contenido de la torre, a la vez casa de salud y centro de adiestramiento de los herederos del *Duce*⁶⁷. Por ello el ingeniero italiano no tuvo reparos al proponer para un modesto proyecto de albergue de *balillas*⁶⁸ la forma

⁶⁰ En las primeras décadas del siglo veinte los países desarrollados promovieron una intensa campaña de lucha contra la tuberculosis, a menudo apoyados por el nuevo capitalismo industrial. Durante la etapa fascista la familia Agnelli realizó una importante obra social, tanto a beneficio de sus trabajadores como por donaciones al Instituto Nazionale Fascista de la Previdenza Sociale. Entre las donaciones debe citarse el *Sanatorio Pra Catina* de los Alpes piemonteses, el *terrassenbau* proyectado por Bonadè Bottino.

⁶¹ En la primeras décadas del siglo veinte diversos organismos públicos e instituciones privadas europeas promovieron con fines benéficos la construcción de numerosas colonias de vacaciones cuyo cometido básico era dar alojamiento temporal y servir de escuela de higiene a niños pobres. Las colonias de vacaciones se construían lógicamente en parajes hermosos y saludables. En ellas ingresaban los niños en régimen de internado, y cambiaban durante dos o tres meses su vida miserable por otra de felices vacaciones al borde del mar o en la montaña, sin hambre ni otra preocupación que practicar gimnasia y jugar al aire libre y puro tan anelado en los suburbios de los que procedía la mayoría de los internos.

⁶² Bonadè Bottino trabajó en los cálculos estructurales de la factoría de automóviles *Lingotto* a las órdenes del ingeniero Giacomo Mattè Trucco. La pista de pruebas del *Lingotto* se construyó en la cubierta del edificio a fin de evitar el espionaje de los competidores de Fiat. A esta cubierta alabeada se accedía por una rampa helicoidal de hormigón, solución que probablemente inspiró a Bonadè Bottino en el proyecto de sus torres helicoidales de los años treinta. Puede suponerse también que el *Lingotto* inspiró a Le Corbusier en el proyecto de la *Unité d'habitation* de Marsella, a juzgar por el extraordinario parecido que guardan las cubiertas y las fachadas de ambos edificios. La factoría turinesa aparecía señalada en *Vers une architecture* como símbolo de la nueva arquitectura.

⁶³ Giacomo Mattè Trucco (1864-1934), ingeniero mecánico graduado en el Politécnico de Turín en 1893. En 1906 entró a trabajar en Fiat, de cuyo servicio de construcciones se hizo cargo en 1913. Su principal proyecto es la factoría de automóviles Fiat en Turín, popularmente conocida como "El Lingotto", construida al término de la primera guerra mundial. Otras obras de interés son la gran cúpula del Teatro Regio de Turín y la estación hidroeléctrica de Perosa, también del periodo de entreguerras.

⁶⁴ La altura de piso de la Torre Balilla es 2.60 m, incluido el espesor de losa.

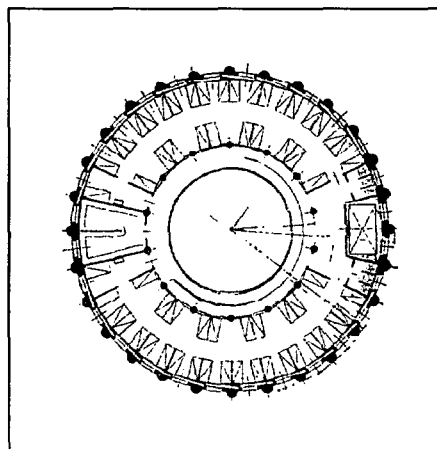
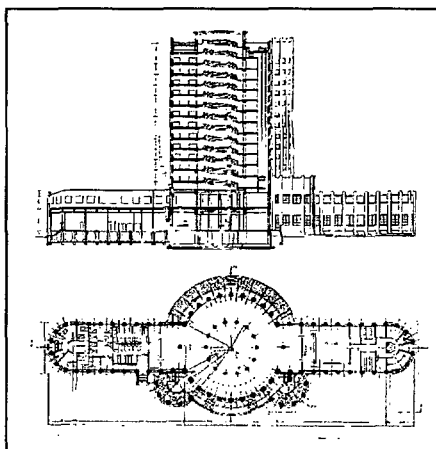
⁶⁵ Cada vuelta de hélice de la Torre Balilla contiene dos unidades de alojamiento con 30 camas cada una, servidas por ascensor y aseos en un extremo, y vigiladas desde el extremo opuesto. En él se hallan los cuartos de monja y supervisora, además de un cuarto ropero.

⁶⁶ La última rosca de hélice de la Torre Balilla contiene un depósito con capacidad para 100.000 l. de agua.

⁶⁷ Durante la etapa fascista los Agnelli ofrecieron al Duce colaboración a cambio de favores. En 1932 Fiat lanzó al mercado el modelo 508, el "Balilla", un utilitario que gozó de la exención de tasas durante más de un año y que debido a ello se hizo con un importante sector del mercado italiano. Como contrapartida, Giovanni Agnelli ordenó la construcción de la Torre Balilla, para beneficio de sus trabajadores y de la obra social del fascismo.

⁶⁸ Balilla: sobrenombre de Juan Bautista Perasso, héroe adolescente genovés que en 1746 provocó la insurrección contra los ejércitos austriacos de ocupación. Durante el fascismo, nombre dado en Italia a la asociación de niños destinada a incorporarse al fascismo; por extensión, niño afiliado al fascismo italiano.

Torre Balilla. A la izquierda, planta baja y sección. A la derecha, desarrollo horizontal de un tramo de rampa.



Torre Balilla. A la izquierda, fotografía del dormitorio. A la derecha, fotografía del pozo central.



Colonia Marina XXVIII de Octubre, Cattolica, Italia. C. Busiri-Vici, 1933. Nave de alojamiento.



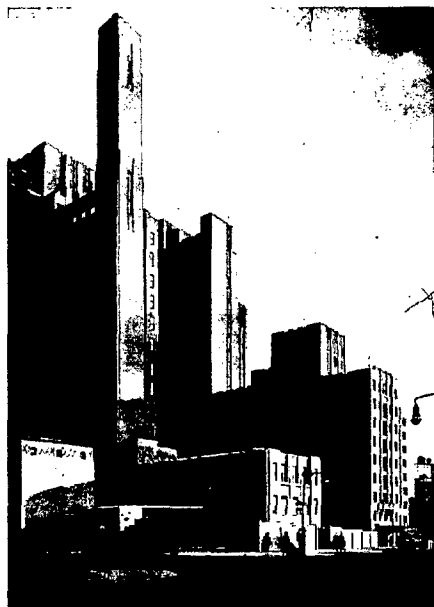
Centro Médico de Nueva York. J. Gamble Rogers, 1928. En primer término, el Pabellón Harkness para enfermos de pago; a la derecha, el Hospital Presbiteriano; a la izquierda, la gran chimenea del edificio de servicio.

monumental de un fuste de los que también utilizaba De Chirico para sus paisajes oníricos. En busca de forma, también al otro lado de Italia, en la costa adriática, el arquitecto Clemente Busiri-Vici acababa de construir por encargo del *Fascio* las aerodinámicas residencias-barco de la colonia *XXVIII de octubre* para hijos de italianos emigrantes⁶⁹. Bonadè Bottino prefirió imaginar su *Torre Balilla* como un gigantesco fuste estriado erguido en la opuesta costa toscana. El estriado lo aportaba la estructura vertical del edificio, que sobresalía por delante del plano de fachada. El proyecto ofrecía alguna otra posibilidad monumental, como la de resaltar su desarrollo helicoidal a imagen de la Columna Trajana, pero Bonadè Bottino optó por ofrecer un interior continuo en el que pudieran apoyarse las cabeceras de las camas, y dejó la hélice presa dentro de la jaula de pilares.

Treinta años después, Marcide buscaba un nuevo estilo para los hospitales del INP antes pertenecientes al Seguro Obrero de Enfermedad y ahora a la Seguridad Social. El recurso a estilos históricos como el herreriano o cualquiera de los utilizados a comienzos del Plan de Instalaciones carecía ya de sentido en una sociedad moderna y supuestamente abierta al mundo. Pero tampoco era cuestión de abandonarse a los desenfrenos del cubismo sin más, como pudo decir su colega Zavala. La torre del ingeniero italiano era una interpretación moderna de un fragmento clásico y además, debido a su origen fascista, estaba libre de la sospecha política que algo aún despertaba el arte moderno. Y sobre todo era monumental como deberían ser las maternidades, objetos de representación de la nueva política sanitaria emprendida por Franco tras veinticinco años de paz.

Marcide interpretó en sus maternidades la potencia formal de la *Torre Balilla*, sin tomar la extravagante estructura helicoidal interna. En su interpretación de la forma el estriado era más aparente que real, pues no lo proporcionaba una estructura sobresaliente sino un llamativo pijama a rayas ajustado al tamaño de sus ventanas. A Marcide le interesaba ese recurso del rayado que no llegaba a ocultar del todo la existencia de ventanas pero las disimulaba bastante, y lo utilizaría hasta la saciedad en sus proyectos de los años sesenta. Era una fórmula sencilla y razonable para quienes, como él ahora, se entretenían con el diseño en planta y no prestaban demasiado interés a los

⁶⁹ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935, pág. 263-265.



alzados. A su entender, esa receta permitía prácticamente reducir el proyecto de un edificio al diseño de una planta tipo y de sus variantes a ras de suelo; con ellos, sus delineantes obtendrían mecánicamente unos alzados vagamente modernos.

A pesar del parecido llamativo de las maternidades con la torre *Balilla*, el método de composición por extrusión vertical de la planta no salió de allí. Sus referencias más probables fueron los complejos hospitalarios norteamericanos que aparecían con la torre de la Fiat en *Ospedali* y que también había recogido el arquitecto Garay en su trabajo *Los hospitales en los Estados Unidos, notas de un viaje de estudios*. Esos conjuntos estadounidenses habían servido de modelo para la construcción de las primeras residencias sanitarias, pero su factura *déco* no se había adoptado por ser ajena a la presumida tradición imperial española que dominó a la arquitectura de posguerra. Ahora, sin embargo, las proposiciones internacionales eran bienvenidas, sobre todo si se trataba de unas tan discretas y convenientes como las de estos norteamericanos de los años veinte y treinta. Su rayado *déco* sirvió aquí para vestir a las maternidades y a otros pequeños rascacielos del INP, como el *Piramidón* o el *1º de octubre*, según una interpretación obtusa ajena a la riqueza volumétrica que obtenían los gigantes americanos al aplicar los rayados a masas de diferentes alturas, y que prefería rematar en altura pasando un tocoso raso. ⁷⁰



Marcide y sus cercanos produjeron numerosos hospitales con pijama a rayas para la Seguridad Social durante los sesenta y setenta. Proyectaron en planta, y luego los alzados se obtuvieron por extrusión. Habitualmente los edificios de mayor altura llevaban un conjunto de bandas verticales con bastilla o zócalo a rayas horizontales. Pueden citarse el *Piramidón*, el *1º de octubre* y los hospitales de Bellvitge y Lejona, los cuatro de Marcide. El mismo arquitecto arrojó con otro vestido a rayas una de sus primeras y más queridas obras, la Residencia Sanitaria *Almirante Vierna*, su *faro* de Vigo popularmente apodado con una voz aproximada traducida al gallego, y rebautizado tras la muerte de Franco como Hospital Xeral de Vigo. Ese proyecto de ampliación y reforma llevado a cabo en 1970 abrió la veda de las ampliaciones y reformas al rayado, y así sucumbieron respectivamente en manos de Flórez y de Tapia otros dos de los más preciados ejemplares del instigador Marcide, los Hospital de Son Dureta en Palma de Mallorca y de Cruces en Baracaldo. En estos dos últimos casos el rayado fue horizontal, como sería habitual en los edificios de menor altura, también propiciado por Marcide; así resolvió para la Diputación Provincial de Madrid el Hospital Psiquiátrico *Alonso Vega* y el Hospital Provincial *Francisco Franco*, ahora enmarañado *Marañón*; y para el Instituto Nacional de Previsión, el Hospital de Jerez o el conjunto de hospitales que rodeaban a la Maternidad de *La Paz*. Sus colaboradores utilizaron esos proyectos con rayado horizontal en otros lugares del país y así se resolvió el conjunto que rodeaba a la Residencia *Francisco Franco* de Barcelona, firmado por Flórez y Tapia, o el Hospital de La Línea, de Rafael Cabello.



En columna, de arriba abajo:

Centro Médico de Nueva York. J. Gamble Rogers, 1928.

Residencia Sanitaria de Vigo. M. J. Marcide, reformada por él mismo en 1970.

Hospital de Lejona, Bilbao. M. J. Marcide†, 1977.

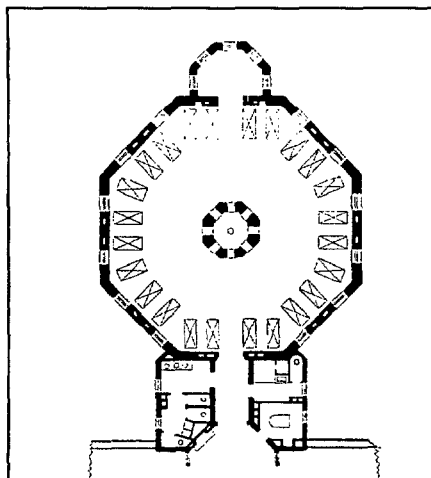
Residencia Sanitaria de Palma. M. J. Marcide, reformada por Flórez y Tapia-Ruano en 1971.

Hospital Psiquiátrico Provincial de Madrid. M. J. Marcide, 1968.

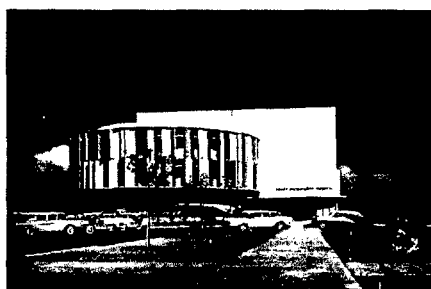
Hospital de La Línea, Cádiz. R. Cabello, 1968.

⁷⁰ Véase en el anexo A "El hospital monobloque", pág. 160-162.

Enfermerías redondas



En los últimos años cincuenta, después de permanecer en el olvido durante más de medio siglo, los esquemas radiales de enfermería volvieron a competir con los lineales en el proyecto de hospitales. Algunos hospitales victorianos habían adoptado ese esquema de enfermería capaz de conservar cierto confort térmico en unas condiciones de máxima ventilación⁷¹. Ahora en los años cincuenta ya no se trataba de hacer salas de enfermería ventiladas y al mismo tiempo confortables, sino de reducir distancias dentro de la unidad de enfermería y mejorar la comunicación visual entre las habitaciones y el puesto de control. Esta demanda de eficiencia ligada a cierto afán de novedad volvió a dar en ocasiones la victoria a los esquemas radiales de enfermería frente a los comunes y cansinos de base ortogonal, sobre todo en proyectos con vocación de propuestas. Para esos hospitales del futuro contruidos en torno al año sesenta los modelos victorianos volvieron a ser válidos; sólo hizo falta rehabilitar el esquema panóptico original, sustituyendo la chimenea decimonónica por la garita de vigilancia⁷², y dividir la sala circular en gajos según la privacidad impuesta por el proyecto de hospital contemporáneo.



El más popular entre los primeros ejemplos de hospital cilíndrico fue el Hospital Presbiteriano *Valley*, obra de Luckman & Pereira realizada entre 1955 y 1957⁷³. El éxito de este pequeño hospital californiano fue inmediato. Nada más entrar en servicio, la revista *Architectural Forum* aseguraba categóricamente: "para sorpresa de escépticos, el círculo funciona"⁷⁴. El artículo, posiblemente escrito por Jane Jacobs⁷⁵, contenía un reportaje fotográfico de Julius Shulman que daba buena prueba del valor plástico del hospital. Los créditos por buen funcionamiento se reiteraban en el párrafo final del artículo telegráfico: "A results del experimento el hospital ha pedido más plantas circulares con sus anexos, para 67-90 camas más".

*Hospital Johns Hopkins, Baltimore, Maryland.
1876. Pabellón de enfermería redonda.*

*Hospital Presbiteriano de San Fernando Valley,
California. Luckman & Pereira, 1955-57.
Fachada principal. (Fotografía de J. Shulman)*

La ampliación no tardó en llegar, en forma de trébol⁷⁶. El nuevo proyecto terminado al comienzo de los sesenta contenía además su plan de ampliación, también a base de unidades de enfermería redondas, que habría de llevarse a cabo poco después⁷⁷. Por entonces la construcción de hospitales cilíndricos se había extendido por toda Norteamérica. Jane Jacobs comentaba en un artículo de 1961 que desde el sur de California hasta Montreal los arquitectos tenían en construcción una multitud de

⁷¹ Hasta 1881, fecha de presentación de la teoría de los gérmenes, la mayor preocupación en el diseño de los hospitales fue reducir el índice de contagio entre pacientes, que supuestamente se debía a la propagación de miasmas o efluvios corporales corrompidos. Se pensaba que los miasmas se acumulaban en los materiales porosos, en las esquinas o en las grietas que por ello debían evitarse. La eliminación de los miasmas dependía además de la menor o mayor ventilación de las salas de enfermería, pero debía tenerse también en cuenta el confort térmico de los pacientes. Conforme a esos principios, en algunos hospitales del periodo victoriano se implantó una sala de enfermería de planta circular, con las cabeceras de las camas apoyadas en el perímetro del círculo y alrededor de una gran chimenea que ocupaba el centro de la habitación. El perímetro de la sala estaba provisto de grandes ventanales y de otros mecanismos de entrada de aire, y la chimenea era a la vez foco de propagación de calor y conducto de extracción de los miasmas.

⁷² La esencia del trazado panóptico es la supervisión, sea penitenciaria (garita) o sanitaria (área de control)

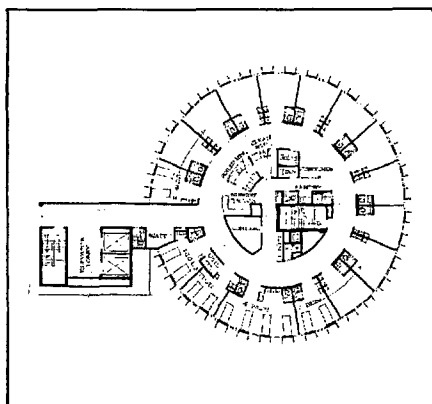
⁷³ El hospital presbiteriano es el principal hospital del área central de San Fernando Valley. Está situado en Van Nuys, California, al norte de Los Angeles.

⁷⁴ Véase "Hospital in the round" en *Architectural Forum* 3 (1958), pág. 115-117.

⁷⁵ Jane Jacobs, entonces redactora de *Architectural Forum*, preparó para el número de julio de 1961 el artículo "Hospitals in the round" (el anterior había sido "Hospital in the round") sobre los pros y los contras de la enfermería redonda. Su sentencia final era: "Paradójicamente, los esquemas de eficiencia de McLaughlin parecen apuntar que es más sencillo y, desde el punto de vista funcional, más puro conseguir un buen funcionamiento de la enfermería redonda dentro de formas rectangulares que dentro de círculos".

⁷⁶ Véase "hospital presbiteriano Valley" en *Informes de la construcción* 166 (1964), pág. 29-34.

⁷⁷ El Hospital Presbiteriano *Valley* original se proyectó para 63 camas. Tras sucesivas ampliaciones, ahora cuenta con 290, y tiene en construcción 190 más. Véase <http://www.ohwy.com/ca/m/md050126.htm>.

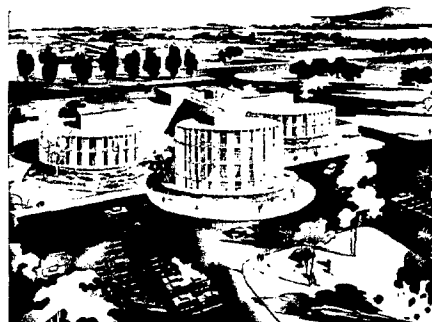


Hospital Presbiteriano de San Fernando Valley. Planta de hospitalización y vistas del corredor y de una de las habitaciones. (Fotografías de J. Shulman)



unidades de enfermería redonda⁷⁸. Muchas de ellas habían adoptado el esquema de agrupación en trébol del Hospital Presbiteriano Valley, esquema útil para el diseño de unidades de enfermería pero mal avenido con el programa clínico de los hospitales. Esa mala relación mejoraría poco a poco en sucesivos proyectos internacionales⁷⁹.

La enfermería redonda llegó a España de la mano de William Leonard Pereira. Su firma Luckman & Pereira tenía a su cargo la construcción de bases para las Fuerzas Aéreas norteamericanas⁸⁰, y en sus viajes a España por ese motivo supo darse a conocer, pues antes era un perfecto desconocido en el país de los toros, las monjas y el ajo. Su Sanatorio Antituberculoso de Waukegan había aparecido en un artículo de Alfred Roth publicado por la *RNA* en 1946⁸¹. Roth había elegido una imagen de este magnífico ejemplar de la arquitectura moderna de entreguerras para ilustrar un texto genérico sobre arquitectura norteamericana, pero solo había incluido el nombre de su autor en el pie de la foto. Seis años después, todavía antes de que se firmasen los tratados de cooperación militar pero ya en el periodo de acercamiento entre ambos países⁸², su sanatorio volvió a figurar en la *RNA*. Tras la primera visita de



Hospital Presbiteriano de San Fernando Valley. Proyecto de ampliación. Luckman & Pereira, 1963. Perspectiva del conjunto.

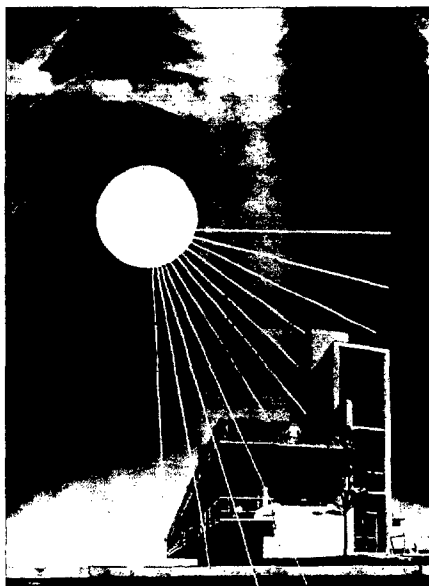
⁷⁸ En su artículo de 1961, Jane Jacobs cuenta que para entonces los arquitectos Eberle & Co. tenían en marcha 24 proyectos de enfermería redonda. Entre ellos había seleccionado para su publicación la Fundación Lakeview, de Stillwater, Minnesota, uno de los ejemplos tempranos de agrupación en trébol. A continuación presentaba una variante de enfermería redonda dentada, proyectada por los arquitectos Markus & Nock. El dentado había permitido a sus autores encajar un mayor número de habitaciones sin que la superficie construida del edificio hubiese crecido demasiado. El tercer hospital seleccionado por Jacobs era el de St. Frances Xavier Cabrini, en Montreal, de los arquitectos De Sina & Pelegrino. El diámetro de su enfermería, de alrededor de 37 metros frente a los 25 de la de la Fundación Lakeview, les había permitido duplicar el número de camas, 44 frente a las 22 de Minnesota. Pero la superficie por planta había aumentado en una proporción aún mayor que había ido a parar al núcleo central del edificio, en donde no hace ninguna falta. Además, como el pasillo se había hecho consecuentemente más largo, la proximidad deseable entre el área de control y las habitaciones se había perdido, y con ella se había perdido también el sentido del trazado radial. Jacobs demostraba así la absoluta interdependencia entre eficiencia y métrica en los proyectos de enfermería redonda trazados literalmente con el compás.

⁷⁹ Todos los servicios clínicos del Hospital Presbiteriano Valley excepto los quirófanos están centralizados en planta baja en torno al primer grupo de enfermerías proyectado en 1955. Cada bloque contiene su propio servicio quirúrgico, situado en cubierta, pero sólo el bloque de enfermería original está bien comunicado con el resto de los servicios clínicos. Resulta más acertada la agrupación en trébol de la Fundación Lakeview, con las tres unidades de enfermería redonda dispuestas alrededor de un prisma rectangular de servicios generales y clínicos. Es un edificio de un solo piso y tres unidades de enfermería para 22 camas cada una. El mismo trazado se repite en la Fundación Scott and White, de Temple, Texas, un hospital de 315 camas construido en 1963 (en la página 101 de este trabajo se muestra su planta tipo). Aquí los bloques de enfermería son octogonales y tienen cinco pisos, aunque está previsto que pueda alcanzar las ocho plantas. Uno de los bloques octogonales es ligeramente más grueso y contiene 33 camas en lugar de las 16 de cada uno de los otros. Pero eso no le hace perder la magnífica relación entre el control de la enfermería y las habitaciones, ya que sus locales de apoyo, que podrían haber bloqueado las vistas tal como ocurría en el hospital presbiteriano, ocupan la zona del bloque en contacto con el edificio central tal como ocurre en la Fundación Lakeview. El proceso de perfeccionamiento del hospital en forma de trébol, que continuó en otros proyectos de hospitales americanos y europeos de los años sesenta y primeros setenta, se trata a continuación en este trabajo.

⁸⁰ Véase *Revista Nacional de Arquitectura* 172 (1956), pág. 25.

⁸¹ Véase Roth, Alfred. "Planificación y construcción en los Estados Unidos" en *Revista Nacional de Arquitectura* 49-50 (1946).

⁸² En 1950 EE.UU. restableció relaciones con España. Concedió algunos créditos económicos a cambio de ciertas garantías de apoyo en la lucha contra el comunismo. En septiembre de 1953 se firmaron los acuerdos de colaboración militar. Entre medias se estudiaron los posibles enclaves de las bases militares.



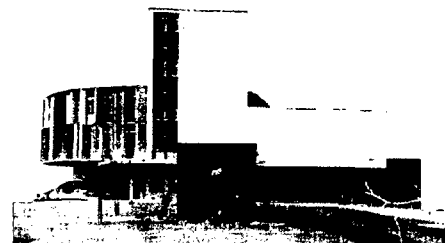
REVISTA NACIONAL DE ARQUITECTURA
Año XII Núm. 126 Junio 1952

A la izquierda, portada de la revista *Arquitectura* nº 126, 1952.

En el centro, proyecto escolar de Gobierno Civil en Málaga. M. García Benito. Premio William L. Pereira, 1956.



PREMIO WILLIAM L. PEREIRA DE LA ESCUELA SUPERIOR DE ARQUITECTURA DE MADRID



A la derecha, Hospital Presbiteriano de San Fernando Valley, California. Luckman & Pereira, 1955-57. (Fotografía de J. Shulman)

Pereira para inspeccionar posibles emplazamientos de las futuras bases españolas⁸³, el sanatorio antituberculoso apareció aunque de nuevo como acompañante, en esta ocasión para dar lustre a un sanatorio del Patronato Nacional Antituberculoso⁸⁴. En la revista no se añadía mayor información escrita sobre el sanatorio o su autor pero sí nuevas fotografías, una de ellas como pieza básica del magnífico fotomontaje de portada⁸⁵. Cuatro años más tarde, en 1956, la revista de los arquitectos españoles imprimía de nuevo el nombre del arquitecto norteamericano, en esta ocasión con motivo de la concesión del Premio William L. Pereira a una joven promesa de la arquitectura española⁸⁶. Ese año el arquitecto norteamericano tenía en construcción su proyecto de hospital presbiteriano, y aprovechó una de sus habituales visitas a la Escuela de Arquitectura de Madrid para darlo a conocer⁸⁷, pues aunque se trataba

de un encargo menor para la firma Luckman & Pereira⁸⁸ era un experimento de arquitectura hospitalaria muy importante, cuestión que interesaba particularmente al profesor Pereira, todavía en activo en la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Southern California⁸⁹. Ese fue el primer encuentro de la enfermería redonda con los arquitectos españoles.

⁸³ Entrevista del autor con José López Zanón. 22-03-02.

⁸⁴ El asunto central de la *Revista Nacional de Arquitectura* 126 (1952) era el Sanatorio *Generalísimo Franco* de Bilbao, de Aguinaga, y el Sanatorio de Waukegan era uno de sus "comparsas". A pesar de la inexistencia de parecidos, se presumía que el sanatorio norteamericano era antecedente directo del vasco. También lo era supuestamente el abortado Hospital de San Sebastián, de Sánchez Arcas y Aizpurúa, y más justificadamente los Sanatorios de Paimio, el que le sirvió de modelo para el trazado general y le prestó algunos gestos de autor, y de Roc des Fiz, cuya sección de enfermería se interpretó en la sección de las cocinas del sanatorio bilbaino quizás porque su importancia fuera comparable a la que el arquitecto por su condición de vasco podía prestar a la gastronomía. Véase en este trabajo "Precaución, estrenos del Patronato. Valdelatas, Alcohete y Santa Marina", pág. 17-22.

⁸⁵ La fotocomposición de cubierta de la *Revista Nacional de Arquitectura* 126 (véase arriba a la izquierda) resume en una sola imagen el espeso contenido de la sesión crítica de arquitectura publicada en sus páginas, dedicada al proyecto de sanatorios antituberculosos. La conferencia, que no adoptó el formato habitual de mesa redonda sino el de conferencia de Eugenio de Aguinaga con la intervención final del Dr. Julio Blanco Soler, fue tan prolija como su título: "Ideas generales a tener en cuenta en la construcción de sanatorios antituberculosos de beneficencia y su aplicación en el caso del Sanatorio del Generalísimo Franco de Bilbao, por el arquitecto Eugenio Aguinaga. (El proyecto completo se ha publicado en el número 33 de la *Revista Nacional de Arquitectura*)". El montaje de cubierta lo componen un círculo amarillo huevo, radiante, y una fotografía en blanco y negro del Sanatorio Waukegan superpuestos a una radiografía torácica. El proteico círculo de color que dirige certeros rayos sobre el sanatorio es el sol, astro al que popularmente se le confiaban grandes poderes curativos. El sanatorio parece ser sólo dos grandes terrazas escalonadas, con supuestos enfermos tomando el sol en plácidas tumbonas. El telón de fondo, la placa que en un primer vistazo pasa inadvertida, evoca a la tuberculosis, la enfermedad más temida de la posguerra y una de las que más se ocultaban debido al tabú que todavía la identificaba con pecados inconfesables.

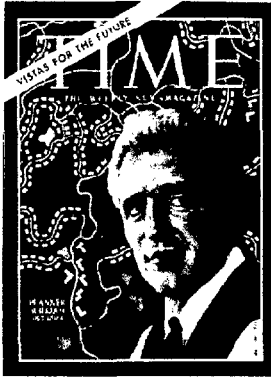
⁸⁶ En la *Revista Nacional de Arquitectura* 172 (1956) se informa que en una de sus visitas a la Escuela de Arquitectura de Madrid el prestigioso arquitecto norteamericano y profesor de la Universidad de Southern California había establecido un premio de cuarenta dólares que se concedería anualmente al alumno del último curso con mejor expediente académico. En esa ocasión se concedió a Mariano García Benito por su proyecto para Gobierno Civil de Málaga. El proyecto malagueño era un prisma rectangular de metal y vidrio con apariencia similar a la de las construcciones contemporáneas de Craig Ellwood u otros muchos arquitectos californianos finos.

⁸⁷ Entrevista del autor con José López Zanón. 22-03-02.

⁸⁸ Entre 1931 y 1985 Pereira firmó más de 400 proyectos. A partir de 1950, cuando se asoció al arquitecto y capaz hombre de negocios Charles Luckman, se especializó en proyectos de gran escala, como aeropuertos, edificios de oficinas, hoteles y bases de las Fuerzas Aéreas norteamericanas. Los más populares son el Museo de Arte de Los Angeles, el Plan Director de la Universidad de California, en Irvine, y el rascacielos piramidal para la Compañía Transamerica, en San Francisco. Sus trabajos fueron frecuentemente publicados, en especial por John Entenza en *Arts & architecture*.

⁸⁹ Pereira fue profesor de la Escuela de Arquitectura de Southern California hasta 1959. Un año antes su socio Charles Luckman se retiró, y Pereira se quedó como único socio principal de la firma y tuvo que aparcarse su vocación docente.

Maternidades redondas



William Pereira. Portada de *TIME*, 6-9-1963.

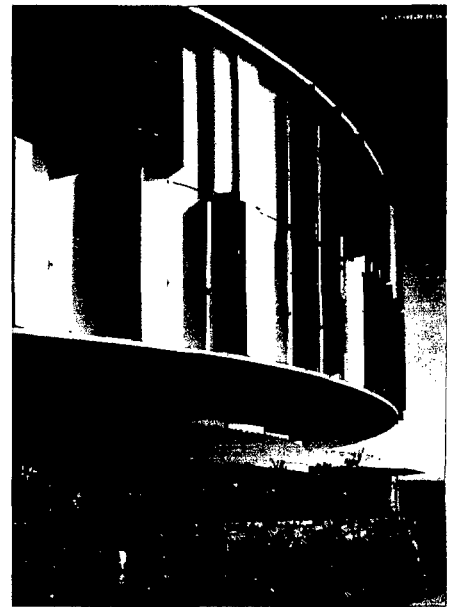
La enfermería redonda llegó por primera vez a una revista española en 1964⁹⁰, de nuevo de la mano de Pereira, que a esas alturas ya era un personaje público en su país⁹¹. Esta era cuarta aparición de obras de Pereira en una revista española y la primera en que una de ellas, la ampliación de su hospital presbiteriano, ocupaba el papel protagonista. Desde su exposición en la escuela de Madrid sobre el todavía inédito hospital presbiteriano hasta la publicación de su ampliación habían transcurrido ocho años fundamentales en los que toda norteamérica se había sembrado de enfermerías redondas cada vez más perfectas, de las que habían ido dando noticia revistas norteamericanas especializadas como *Modern Hospital* y de divulgación general como *Architectural Forum* e incluso *arts & architecture*, aquí en menor medida. Europa todavía no había prestado demasiado interés hacia el nuevo tipo de enfermería⁹², y España todavía no lo había demostrado, aunque Marcide, que había registrado el nombre de Pereira doce años antes⁹³, debía estar ya trabajando sobre el asunto en el proyecto de maternidad de *La Paz* que se inauguró sólo dos años después.



A la izquierda, *Convair Astronautics*, San Diego, California. Luckman & Pereira, 1958. Exterior. (Fotografía de J. Shulman)

En el centro, *Convair Astronautics*. Interior. (Fotografía de J. Shulman)

A la derecha, *Hospital Presbiteriano de San Fernando Valley*. Luckman & Pereira, 1955-57. (Fotografía de J. Shulman)



Anteriormente el programa de hospitalización del servicio de maternidad en los hospitales del INP se había resuelto conforme al programa general de hospitalización para el resto de servicios, tal como se había hecho por lo común en todas partes. Sólo se había tenido la precaución de que el área de nidos quedase lo suficientemente cerca de las habitaciones asignadas a maternidad, por consideraciones obvias. Marcide, por ejemplo, en su hospital teórico de 300 camas proyectado en los últimos años cincuenta, había situado los nidos en el mismo piso y a medio camino

⁹⁰ Véase "hospital presbiteriano Valley" en *Informes de la construcción* 166 (1964), pág 29-34.

⁹¹ Pereira fue portada de *TIME* en septiembre de 1963. Entre los arquitectos sólo Frank Lloyd Wright, Philip Johnson y IM Pei han ocupado ese puesto en la revista norteamericana, lo que da buena muestra de su popularidad en esos años, luego eclipsada.

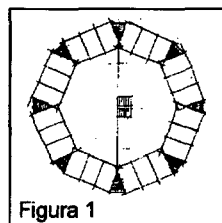
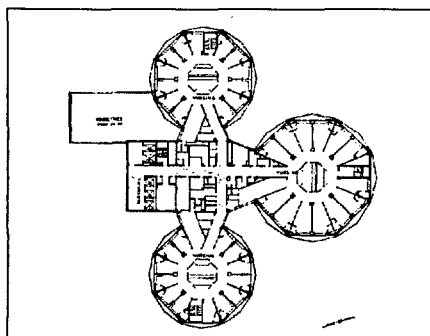
⁹² El ejemplo más conocido todavía era el Hospital Presbiteriano Valley, publicado en *l'architecture d'aujourd'hui* 84 (1959). En los últimos sesenta cobraría mucha importancia, a partir de los proyectos consecutivos de hospital universitario de Munster, de hospital del distrito de Nordenham y de hospital municipal de Osnabruck, los tres de Weber & Brand en asociación con Balmus y Willinek. Véase *l'architecture d'aujourd'hui* 150 (1970), pág 48-52.

⁹³ El Ambulatorio de la calle del Doctor Esquerdo, obra de Marcide, se publicó en la misma *RNA* 126 en cuya portada aparecía el sanatorio Waukegan, de Pereira.

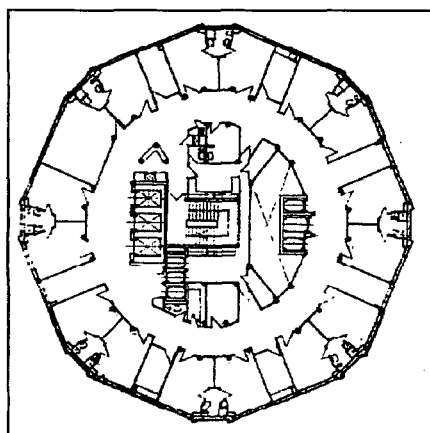


de la enfermería de maternidad desde la sala de partos. Pero ahora se trataba de hacer todo un hospital dedicado a maternidad, y a sus planificadores se les había antojado resolverlo en altura y dentro de un edificio con las plantas redondas. Los hospitales de enfermería redonda hasta la fecha habían sido de pocas plantas, pero en España se convino en utilizar el esquema para proyectar maternidades en altura con un programa de hospitalización específico y un nuevo protocolo de enfermería.

Las maternidades redondas españolas se hicieron a base de habitaciones cuádruples que comunicaban a través de un ventanal y un torno con otros tantos nidos. A fin de conservar y aún mejorar la relación entre madres y recién nacidos, los planificadores Marcide y Santos fragmentaron el servicio de nidos de normales en un número de habitáculos tan numeroso como el de habitaciones. Esa forma de organización complica la labor de las enfermeras pero permite que las propias madres puedan supervisar en todo momento el estado del recién nacido, lo que supone a la vez un alivio y una carga para unas y otras. La nueva unidad de enfermería conservó el número habitual de 32 camas, que se repartieron en ocho habitaciones con baño, pero además fue necesario incluir otros tantos nidos también cuádruples, pues la planificación se calculó para el caso de máxima ocupación de la enfermería, es decir, en el supuesto hipotético de que todas las camas estuviesen ocupadas por mujeres que acabaran de dar a luz sin problemas y no hubiera ninguna en espera. Para encajar tamaño programa la planta tipo del edificio hubo de trazarse con un arco de compás mayor del que habitualmente se utilizaba en Norteamérica.



Los hospitales del INP todavía se hacían a base de habitaciones de sólo 3,3 metros de ancho, y con ese ancho se ordenaron con pulcritud geométrica nidos y habitaciones de la maternidad madrileña (figura 1). La distribución radial en ocho tramos rectangulares dejaba unas cuñas triangulares en las que se encajaron los baños. El ancho desarrollado por todas esas piezas con fachada hacia la calle originaba una planta radial de unos 33 metros de diámetro, cifra excitante para Marcide como arquitecto modular, pero que dejaba libre en el núcleo de la torre una superficie demasiado grande, cosa poco digerible para el economista Marcide, que se fajaba ante Santos de hacer hospitales con menos de 40m² por cama⁹⁴. De los cálculos de superficie debían descontarse conductos y ascensores, pero en este caso se habían calculado tan bajo mínimos⁹⁵ que no había mucho que reducir. Por ello se decidió vaciar el edificio con un patio que se denominó de luces aunque tenía las proporciones de un simple conducto⁹⁶. Llamar a eso patio era extravagante, pero podía estar justificado si se trataba de cuadrar superficies. Pero lo verdaderamente peregrino, y se hizo, fue proyectar grandes ventanales para ese agujero residual encajado a capón, como si así pudiera dar luz a los deambulatorios de todos los pisos e incluso segundas luces a través de una galería transparente a la caja de escaleras encajada en el centro de la torre.



Arriba, Maternidad de La Paz, Madrid. M. J. Marcide, 1966.

En el centro, de izquierda a derecha: Fundación Scott and White, Temple, Texas. 1963.

Planta de hospitalización. Maternidad de La Paz. Trazado geométrico básico de planta.

Maternidad de La Paz. Habitación con sistema de torno para cunas.

Maternidad de La Paz. Torno entre nido y habitación.

Abojo, Maternidad de La Paz. Planta tipo

El proyecto de enfermería redonda había nacido con la doble intención de reducir recorridos y mejorar la relación visual entre las habitaciones y el puesto de control de enfermería, pero aquí no se logró ni lo uno ni lo otro sino todo lo contrario. Los desplazamientos de las enfermeras se vieron doblemente aumentados, tanto porque con la adopción literal de la enfermería redonda se incrementaron las dis-

⁹⁴ La residencia general de La Paz se construyó a razón de 36,11 m²/cama, y el hospital infantil con 24,11 m²/cama, según figura, respectivamente, en *Informes de la construcción* 167 (1965) y en la publicación del INP n°1.087 (1966).

⁹⁵ Hacia 1990 el tiempo de espera de los ascensores para visitas podía llegar a una hora en las horas punta.

⁹⁶ El patio tenía un ancho de 2.70 m., y 18 pisos de altura.

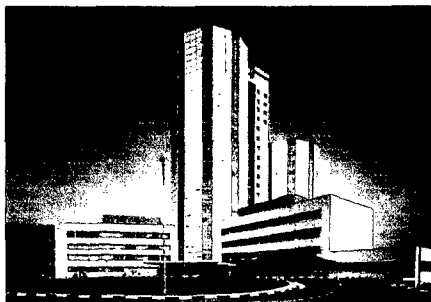


tancias entre control y habitaciones⁹⁷ como porque con la fragmentación del nido en 64 habitáculos distribuidos de ocho en ocho a lo alto del hospital se multiplicó el número de los desplazamientos⁹⁸. Y la supervisión también se hizo más difícil, porque en el núcleo solo quedó un pequeño rincón para el puesto de control de enfermería y el resto se macizó de cosas, en lugar de permanecer vacío conforme a su principio panóptico, lo que no produjo más que el efecto contrario del que se buscaba, pues en los esquemas lineales de enfermería el pasillo al menos siempre había sido visible desde el control, y ahora quedaba casi totalmente oculto detrás del propio núcleo de servicio.

⁹⁷ Véase nota al pie 78 de este capítulo, pág. 98, dedicada a *Hospitals in the round*, de Jane Jacobs.

⁹⁸ El proyecto de Maternidad de la Paz contemplaba la instalación de 398 camas y 256 cunas.

Otro ensayo redondo. Hospital de Bellvitge

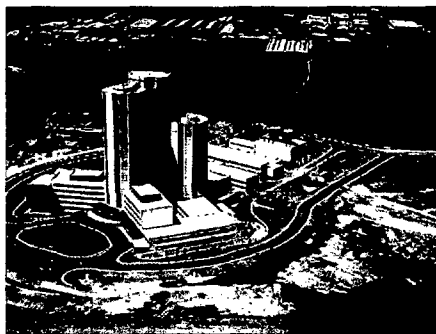


Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona. M. J. Marcide, 1973.

Marcide tuvo ocasión de reconsiderar su propuesta de enfermería redonda a comienzos de la década siguiente con un nuevo proyecto de hospital al sur de Barcelona, el Hospital *Principes de España* del polígono de Bellvitge, en Hospitalet de Llobregat⁹⁹. Para hacer frente al extraordinario crecimiento de esta población era necesario dotar de 1.100 nuevas camas a la Seguridad Social, y se programó instalarlas en un solo hospital conforme a la política de concentración imperante en aquella época. En su proyecto Marcide repitió la fórmula común del rascacielos monobloque y ensayó una nueva planta de enfermería redonda. Como ahora se trataba de construir un hospital que triplicaría la capacidad de las maternidades redondas, utilizó un esquema en planta de trébol importado también de los Estados Unidos. Aún así el edificio contaría con 21 plantas, suficientes como para destacar en el valle del Llobregat por encima del barrio de Bellvitge, a pesar de la gran altura de sus edificaciones, no menor de 12 plantas.

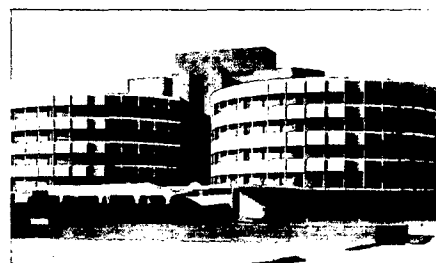
A la izquierda, Hospital de Bellvitge. fotografía aérea.

A la derecha, Barrio de Bellvitge. fotografía aérea durante su construcción.



La planta en forma de trébol permitía disponer escaleras, ascensores y demás locales de apoyo en el núcleo de la torre, y destinar el centro de cada unidad de enfermería en exclusiva para puesto de control. Por otro lado, el programa de enfermería para Bellvitge era el común de la de un hospital general y no el peculiar de la de las maternidades españolas, y debido a ello pudo distribuirse en una planta circular de diámetro mucho menor. Ahora la planta de enfermería se repartió en gajos que cumplieran con el ancho de 3'30 metros en el punto crítico de la habitación, y toda su corona exterior se ocupó sólo con habitaciones dobles con baño propio a la entrada.

Posiblemente Marcide conocía el Hospital *St. Rose* de Kansas¹⁰⁰, un pequeño hospital diseñado en los primeros años sesenta por Shaver & Co. con J.A. Hamilton & Associates¹⁰¹. Pertenecía a la Orden dominicana y casualmente se inauguró en 1964, año de adquisición de la Clínica Puerta de Hierro¹⁰², también promovida por la congregación religiosa, y de cuya adaptación para hospital del INP se encargó el propio Marcide. Las plantas del Hospital de Bellvitge guardan un gran parecido con las del norteamericano ahora denominado Central Kansas Medical Center, aunque entre ambos proyectos se acusan las lógicas diferencias derivadas de sus diferentes tamaños, uno con 21 pisos y el otro sólo con 5. Debido a ello para el hospital catalán se proyectó un núcleo bastante mayor que permitió incrementar consecuentemente la dotación de ascensores e incluir además algunos locales que no se habían



Hospital St. Rose, Kansas. Shaver & Co.+ J. A. Hamilton & Associates, 1964.

⁹⁹ Véase "Residencia Sanitaria" en *Cuadernos de arquitectura* 97 (anuario, 1973), pág. 23-24.

¹⁰⁰ Véase "Towers Attract the Eye and Physicians" en *Modern Hospital* 105, n° 8 (1965), pág. 112-115.

¹⁰¹ En la actualidad este hospital cuenta con 121 camas, y conserva una apariencia casi idéntica a la de 1964 ya que, si bien ha sufrido ampliaciones para incorporar nuevas instalaciones, sólo ha aumentado la superficie de planta baja del edificio.

¹⁰² Véase en este trabajo "Hospital Puerta de Hierro", pág. 83-85.

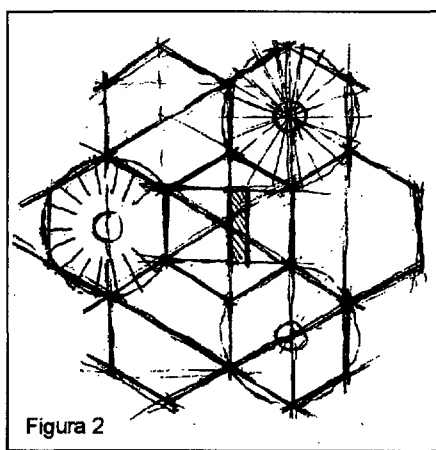
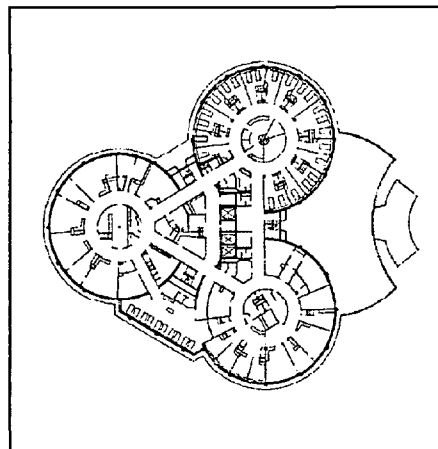
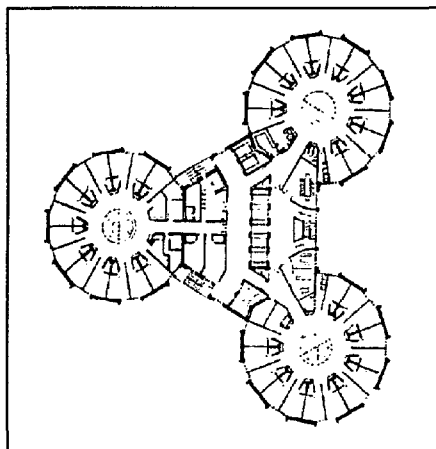


Figura 2

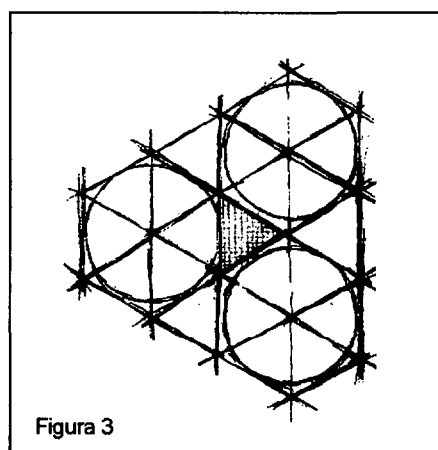


Figura 3

A la izquierda, Hospital de Bellvitge. Planta tipo y trazado geométrico básico.

A la derecha, Hospital St. Rose. Planta tipo y trazado geométrico básico.

considerado en el norteamericano¹⁰³. Pero su trazado en planta se tramó sobre la misma urdimbre triangular con las enfermerías inscritas en hexágonos alrededor del núcleo, solo que en el proyecto de Marcide el núcleo ocupó todo un hexágono (figura 2) mientras que en el de los norteamericanos nada más que un triángulo básico de la malla (figura 3)

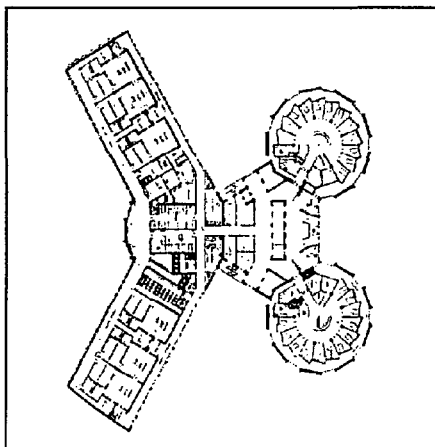
Sus respectivos programas de enfermería también se habían concebido con diferentes puntos de vista. El equipo de Shaver había planteado una distribución flexible, con habitaciones de una, dos o tres camas siempre orientadas del modo panóptico, mirando hacia el centro de la enfermería. Marcide y su equipo¹⁰⁴, en cambio, proyectaron únicamente habitaciones dobles con baño, y situaron las cabeceras de las camas sobre los tabiques radiales. Consecuentemente, los pacientes ingresados en la clínica norteamericana preferían dejar abierta la puerta de su habitación y distraerse observando los movimientos de enfermeras y visitantes en el área central de la enfermería, mientras que los pacientes la clínica catalana acostumbraban a recluirse en sus habitaciones buscando intimidad.

Esa diferencia de enfoque también se manifestó en el diseño de los respectivos alzados. Los arquitectos norteamericanos mantuvieron su premisa de flexibilidad distributiva y los proyectaron como una serie de bandas horizontales que permitían modificar la situación de los huecos de ventana a conveniencia de los interiores. Marcide, en cambio, les aplicó el rayado vertical que caracterizaría a sus últimos minirrascacielos, pero no un rayado indiferente que habría permitido acometer con mayor facilidad posteriores proyectos de reforma interior, sino el rayado que más le convenía a la distribución de su proyecto, planteamiento rígido que anudó innecesariamente y para siempre las plantas del hospital con sus alzados.

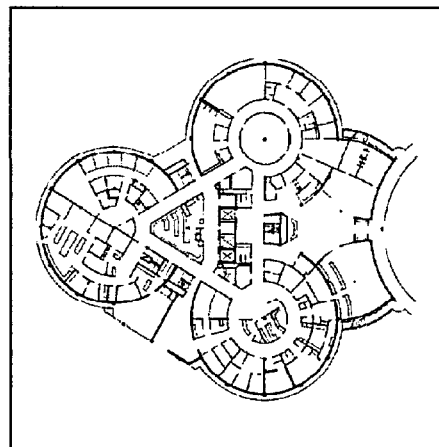
¹⁰³ El Hospital de Bellvitge se proyectó ya como hospital docente. En cada planta se incluyó un aula, una sala de reuniones y algún otro local auxiliar.

¹⁰⁴ En la revista Cuadernos de arquitectura el Hospital de Bellvitge figura como obra de Flórez, Marcide y Tapia-Ruano. En una publicación sobre hospitales editada por la empresa Huarte, S.A. sólo aparece Marcide como proyectista.

*A la izquierda, Hospital de Bellvitge. Planta
segunda.*

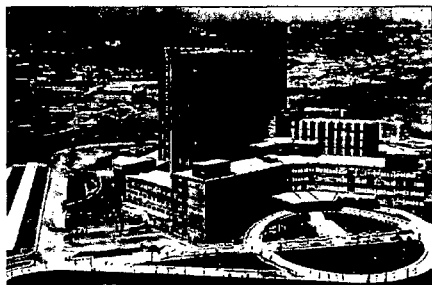


A la derecha, Hospital St. Rose. Planta baja.



Pero ambos proyectos compartían el mismo planteamiento de organización en planta de trébol que les proporcionaba la deseable compacidad y una distribución impecablemente ordenada, aunque también escondía inconvenientes comunes, que se detectaron pronto. No se había previsto lo difícil que resulta orientarse entre enfermerías trillizas comunicadas mediante pasillos trazados a 120° . Debido a ello, personal y visitantes tardaban un tiempo en encontrar su sitio. El segundo defecto lo descubrían a continuación, cuando una vez acomodados a la penumbra interior del edificio enfocaban su vista hacia las habitaciones luminosas y volvían a descolocarse por efecto del deslumbramiento.

Hospital 1° de Octubre



Hospital 1° de Octubre, Madrid. M. J. Marcide, F. Flórez y M. Tapia-Ruano, 1973. Fotografía aérea.



Hospital Clínico, Ciudad Universitaria de Madrid. Terrazas de los "martillos" de hospitalización.

Al filo de los setenta la Seguridad Social comenzó también en el sur de Madrid la construcción de un hospital. Como en Barcelona, este sector de la ciudad había crecido extraordinariamente y apremiaba dotarlo con nuevas instalaciones de la Seguridad Social. Pero en este caso no sólo se construiría una residencia general como en Bellvitge, aunque se comenzaría por ella, sino también una maternidad, un hospital infantil, un centro de traumatología y rehabilitación y una escuela de enfermeras y un centro de investigación¹⁰⁵. La Seguridad Social daba ventaja de nuevo a Madrid sobre el resto de las capitales del país construyendo en su suelo la octava ciudad sanitaria española.

El norte de Madrid contaba con la Ciudad Sanitaria *La Paz*, situada en la prolongación del Paseo de la Castellana, y los sectores de levante y poniente estaban asistidos por sus respectivos hospitales concertados con la Seguridad Social, la Ciudad Sanitaria *Generalísimo Franco*, de la Diputación Provincial, ahora Hospital *Gregorio Marañón*, y el Hospital Clínico *San Carlos*, de la Universidad Complutense. También se contaba con el Centro Nacional de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Clínica *Puerta de Hierro*, y en las altas esferas políticas se presionaba para instalar otro centro especial, éste asociado a la Universidad Autónoma. Pero ahora tocaba el turno al sur de la ciudad, y el nuevo complejo sanitario se situaría exactamente en el extremo opuesto al de la Ciudad Sanitaria *La Paz*, en la prolongación visual del Paseo de las Delicias, en la orilla sur del río Manzanares.

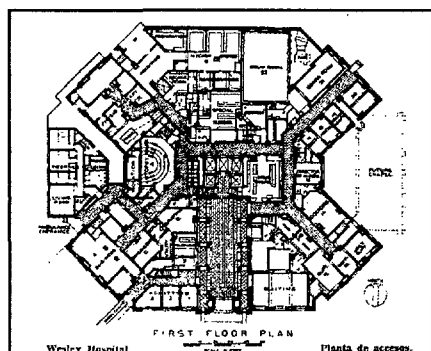
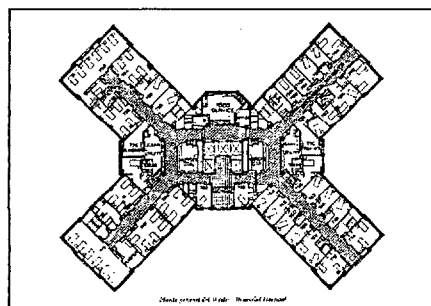
Durante el periodo de vigencia del Seguro Obligatorio de Enfermedad Madrid había sido una ciudad infradotada de instalaciones sanitarias, pero diversas actuaciones públicas estaban transformándola en poco más de un lustro en la capital sanitaria de un país en progreso. Ya en 1964, año de celebración de los *veinticinco años de paz*, el Instituto Nacional de Previsión había logrado presentar los primeros frutos de su Ley sobre Bases de la Seguridad Social que acababa de estrenar. Dos hospitales estelares, el Centro de Especialidades *Puerta de Hierro* y la Residencia General *La Paz*, la de la primera ciudad sanitaria española, que sólo dos años después funcionaba a pleno rendimiento. A continuación, en 1967, la Universidad de Madrid completaba al fin la construcción de un hospital que había ideado durante la dictadura de Miguel Primo de Rivera, exactamente 40 años antes¹⁰⁶, y trasladaba allí los últimos servicios de su Hospital Clínico San Carlos todavía instalados en el viejo Hospital General¹⁰⁷. Y el año siguiente la Dirección General de Sanidad presentaba los primeros resultados de su Ley de Hospitales, el Complejo Sanitario *Generalísimo Franco* y el Hospital Psiquiátrico *Alonso Vega*, con los que anunciaba una etapa de inversión en instalaciones provinciales con las que pretendía cumplir, financiada con fondos de sucesivos Planes de Desarrollo, las obligaciones ya impuestas en los Reglamentos de Hospitales publicados también durante la dictadura de Primo de Rivera.

¹⁰⁵ El centro de investigación del Hospital 1° de octubre no llegó a construirse en la etapa del INP. Se entendía que la investigación no era un cometido básico de los hospitales de la Seguridad Social. Solo entraba en los reglamentos de los Centros Especiales de la Seguridad Social. El vigente Plan de Ordenación del Hospital 12 de Octubre contempla la construcción de un centro de investigación. Véase en Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000. Madrid: Insalud, 2000, publicación n° 1.768, libro 1, pág. 130-136.

¹⁰⁶ Véase Real Decreto-Ley n° 901 de 17 de mayo de 1927, de creación de la Junta Constructora de la Ciudad Universitaria de Madrid, encargada de promover, realizar y concluir la edificación de la misma. En los terrenos de la Moncloa. Artículo 4°. 3°. (Publicado en *Gaceta de Madrid* 137, 17-05-1927)

¹⁰⁷ Véase en este trabajo *Barcelona y el caso de Madrid*, pág. 43-46.

Fundación Wesley, Chicago, Illinois. Thielbard & Fugard, 1940-41 (demolido en 2001). De arriba abajo:
Vista desde el suroeste.
Planta tipo.
Planta baja.



Los dos hospitales provinciales dedicados al Generalísimo y al General Camilo Alonso Vega, entonces Ministro de Gobernación, se inauguraron el 18 de julio, Día del Alzamiento Nacional que cuatro años antes se había aprovechado también para inaugurar *La Paz* y el *Puerta de Hierro*. Ofició de maestro de ceremonias el mismo Jefe del Estado, como en aquella ocasión, aunque ahora acompañado por su camarada General. La construcción de la Ciudad Sanitaria Provincial había obedecido al traslado estratégico de los servicios del vetusto Hospital General de Atocha a los terrenos del extinto Hospital de *San Juan de Dios* en la ronda del doctor Esquerdo¹⁰⁸, lejos del bullicioso centro y próximo al Hospital de la *Princesa*¹⁰⁹, que también dependía de la Dirección General de Sanidad¹¹⁰.

En lo relativo a hospitales públicos Madrid era feudo de Marcide. Era autor del conjunto *La Paz* y de la adaptación para Centro de Especialidades de la Clínica *Puerta de Hierro*, y había conseguido hacerse también con los proyectos de los complejos provinciales madrileños a pesar de las relaciones tirantes entre el INP y la DGS. Y como no podría haber sido de otro modo, se reservó además el proyecto del nuevo complejo sanitario para el sur de Madrid, que redactaría junto a sus hombres de confianza, Flórez y Tapia-Ruano, y con la colaboración de los ingenieros Mestre y Martí¹¹¹. Desde la creación en 1959 de la Comisión de Instalaciones Sanitarias Óptimas, Marcide no había dejado de producir prototipos de hospital que luego habrían de repetirse en distintas capitales, y ahora se le presentaba la ocasión de ensayar nuevas fórmulas. En el proyecto de la nueva Residencia General para el sur de Madrid trabajó con un esquema en planta de aspa relativamente habitual en otros países pero no utilizado en los proyectos del Plan Nacional de Instalaciones. Era, sin embargo, un esquema bien conocido por los arquitectos senior de la oficina de proyectos Instituto. Al menos desde 1947, año de publicación de *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Su autor Eduardo de Garay, entonces jefe de proyectos del INP, había dedicado grandes elogios a un hospital levantado con ese esquema de planta, la Fundación *Wesley* de Chicago¹¹².

Se trata de uno de los primeros ejemplos de hospital del tipo denominado de *torre y base*, si bien pertenece a la temprana variante que aún no presenta diferencias dimensionales entre la base y la torre, sino solo diferencias de contenido funcional. Los pisos bajos del edificio estaban ocupados por los servicios centrales y clínicos del hospital, y desde la quinta planta no había más que unidades de hospitalización, aparte de algunas salas de recreo para médicos y de la residencia de internos que coronaban el edificio. Su planta no estaba configurada exactamente como dos rectángulos largos cruzados en aspa, sino como cuatro rectángulos que convergían en los chaflanes de otro más voluminoso, conforme al esquema habitual del tipo de aspa. Cada piso de los destinados a hospitalización contenía dos unidades de enfermería, con las habitaciones dispuestas en espina a lo largo de los brazos del aspa, y el resto de las dotaciones en el rectángulo achafanado, ordenadas alrededor del grupo de ascensores. En planta, cada unidad de enfermería describía la forma de una L. Los locales auxiliares de la unidad estaban convenientemente dispuestos en el ángulo interior de la L; y su puesto de supervisión, en una posición inmejorable, en el cruce de sus respectivos pasillos y junto al grupo de ascensores, en comunicación directa con sendos vestíbulos de personal y de visitantes.

El esquema de planta de la Fundación norteamericana se adoptó literalmente en su país, ya después de la segunda guerra mundial, en el proyecto del *Memorial Unit*, el nuevo hospital del histórico complejo hospitalario de la Facultad de Medicina de Yale-New Haven¹¹³. En la enfermería de Yale se practicaron ligeras variaciones

¹⁰⁸ Véase en este trabajo *Barcelona y el caso de Madrid*, pág. 43-46.

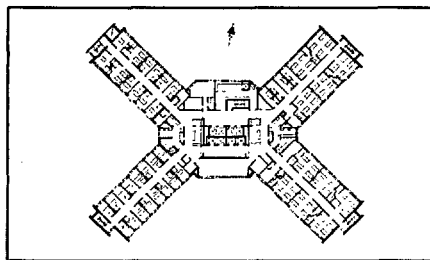
¹⁰⁹ Véase en este trabajo *El concurso del INP*, pág. 29-33.

¹¹⁰ Véase en este trabajo *Barcelona y el caso de Madrid*, pág. 43-46.

¹¹¹ El Instituto Nacional de Previsión tenía su propio servicio de ingeniería responsables del diseño y cálculo de estructuras, instalaciones y urbanización de sus hospitales. Los del 1º de Octubre fueron Federico Mestre Rossi y José Martí Barceló.

¹¹² Véase Garay, Eduardo de. *Los Hospitales en los Estados Unidos; notas de un viaje de estudio*. Madrid: Publicaciones del INP, 1947, pág. 14-16.

¹¹³ Véase Thompson, John D.; Goldin, Grace. *The Hospital: A social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975, pág. 266-275.



Hospital Grace-New Haven, Connecticut. 1953.
planta tipo y vista general.

sobre el modelo, como instalar cuarto de baño en todas las habitaciones, prolongar el largo de cada brazo y reducir el ancho de crujía de los que contendrían sólo habitaciones individuales, e instalar escaleras de incendios, pero el esquema general se respetó tal cual. Poco después de su apertura en 1952, las salas del nuevo hospital universitario fueron campo de ensayo y evaluación de la enfermería. La universidad de Yale comenzó precisamente allí a aplicar diversos modelos de estudio de la enfermería denominados *Yale Traffic Index*¹¹⁴, versión norteamericana de los *Studies in the function and design of hospitals* británico¹¹⁵.

Los servicios generales y clínicos del Hospital de Yale ocuparon también las plantas bajas del edificio. Bajo rasante se organizaron los servicios centrales; en planta baja, los laboratorios y el área de admisión, y en la primera los servicios de radiología y cirugía. Aquí la novedad consistió en interponer una planta técnica entre la planta baja y la primera a fin de facilitar futuras modificaciones cuando aquellos servicios hiperdotados de infraestructuras lo requiriesen. Esa novedosa medida se generalizó en las décadas siguientes en todos los hospitales de la Sociedad de Veteranos de Guerra¹¹⁶, principal red de hospitales norteamericanos, y en una gran cantidad de hospitales del NHS británico, comenzando por el influyente Hospital *St. Alphege* de Greenwich¹¹⁷, ahora recién clausurado¹¹⁸.

La entreplanta técnica no se contemplaría en los hospitales de la Seguridad Social española hasta 1977, para el Hospital de Sagunto¹¹⁹. Sin embargo fue figura central del debate internacional sobre hospitales en el filo de 1970, cuando comenzaba a trazarse el proyecto del Hospital *1º de Octubre*. En España no había otro arquitecto enterado del debate internacional de hospitales que María Pérez Sheriff, colaboradora entonces de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria¹²⁰. Su director Adolfo Serigó había formado un equipo para diseñar el nuevo Reglamento de Hospitales al que deberían ajustarse todos los hospitales de la nación en cumplimiento de la Ley de Hospitales¹²¹. Desde su incorporación al equipo, en la segunda mitad de los años sesenta, Pérez Sheriff participó en diversos seminarios de la Organización Mundial de la Salud en los que contactó con grandes figuras de la arquitectura de hospitales como Agron, Goodman, Moss, Noakes, Pütsep, Tatton-Brown, Zeidler o Weeks¹²², arquitectos procedentes del urbanismo¹²³, especialidad que condicionó su enfoque de los proyectos de hospitales hacia la sistemática del planeamiento urbano.

¹¹⁴ Véase Thompson, John D.; Goldin, Grace. "The Yale studies in hospital function and design", en *The Hospital: A social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975, pág. 253-265.

¹¹⁵ Véase en el anexo A "El hospital nacional de los sistemas de salud", pág. 175-206.

¹¹⁶ En 1972 el arquitecto norteamericano George Agron desarrolló una sistemática de construcción de hospitales para el Servicio de Investigación y Desarrollo de la Construcción de la Sociedad de Veteranos de Guerra. El denominado VA Hospital Building System fijaba las diversas etapas de planificación y diseño de los hospitales, que podrían solaparse. Una vez definidos los cometidos básicos del hospital a proyectar se articularía un soporte estructural y de instalaciones a base de grandes luces estructurales y galerías visitables de instalaciones. A la vez podría ir detallándose el programa específico del hospital conforme a un plan director que se ajustaría a lo largo del tiempo conforme a las necesidades de cada momento.

¹¹⁷ Véase en el anexo A "Plan de Hospitales para Inglaterra y Gales de 1962", pág. 180-186.

¹¹⁸ Tras la clausura en 2002 del Hospital *St. Alphege*, todos sus servicios fueron transferidos al nuevo hospital *Queen Elizabeth*, en Woolwich. El hospital clausurado estaba próximo al emplazamiento del Hospital Naval de Christopher Wren, en el extremo opuesto de la misma calle, y el nuevo no queda lejos del hospital militar de Douglas Galton, el Hospital *Herbert* que planificó la misma Florence Nightingale.

¹¹⁹ Véanse "Proyecto de Residencia Sanitaria en Sagunto" y "Sistemas de recuperación de energía en instalaciones de climatización de hospitales. Aplicación práctica a la instalación de la Residencia Sanitaria de Sagunto" en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 2 (1978), pág. 6-26 y 71-77.

¹²⁰ Véase en este trabajo el anexo *Coordinación de hospitales y bases de la Seguridad Social*, pág.

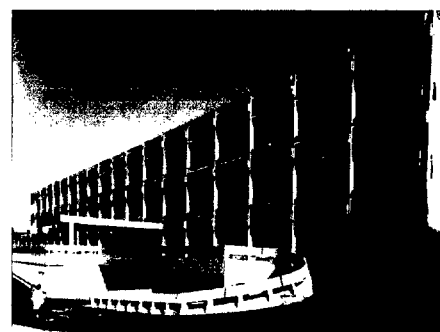
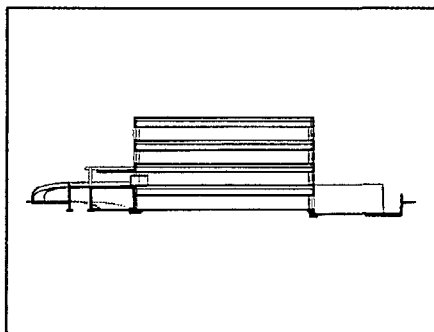
¹²¹ La Ley de Hospitales es de 1962, pero el Reglamento de Hospitales no salió adelante hasta 1972.

¹²² El norteamericano George Agron es autor del *VA Hospital Building System*; los británicos William Tatton-Brown, Howard Goodman y Tony Noakes, responsables en etapas sucesivas del servicio de arquitectura del BNHS, también lo son, respectivamente, de la inclusión de plantas técnicas en hospitales británicos y del desarrollo de los conceptos *Nucleus* y *Best Buy*. Su compatriota John Weeks es uno de los autores del Hospital de Northwick Park. El sueco E. Pütsep es autor del influyente libro *The Modern Hospital*, y el canadiense Eberhard Zeidler, uno de los autores de Hospital *McMaster*. De este grupo y unos pocos arquitectos han salido todas las ideas de arquitectura contemporánea de hospitales.

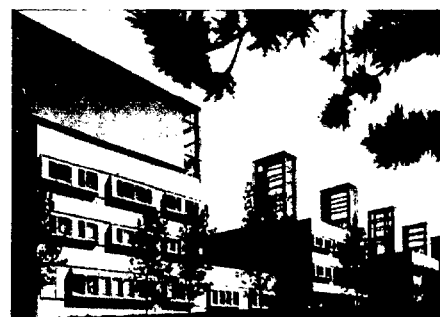
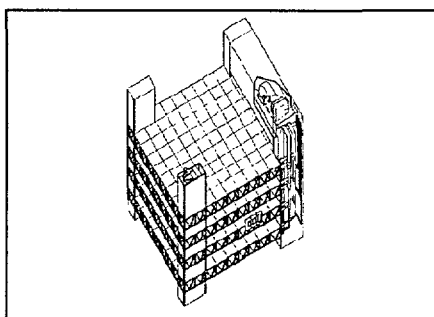
¹²³ Entrevista del autor con María Pérez Sheriff. 29-10-2001.

Casi todos ellos, que tenían en proyecto o habían proyectado ya hospitales con entreplantas técnicas o galerías visitables para instalaciones, participaron en un Seminario sobre redes de instalaciones en hospitales organizado en noviembre de 1969 en el Servicio de Salud británico. María Pérez Sheriff también acudió a la cita celebrada en Londres, en la oficina de proyectos del NHS, en la que se establecieron bases fundamentales del proyecto de hospital contemporáneo¹²⁴. Se fijaron principios de diseño del *espacio intersticial* para instalaciones, denominación algo rebuscada pero compatible con las dos fórmulas de organización de instalaciones más habituales, la norteamericana de galerías visitables y la británica de entreplantas técnicas¹²⁵. Contaba Pérez Sheriff que fueron jornadas provechosas y, sobre todo, cargadas de

Hospital de St. Alphege, Greenwich, Londres. W. Tatton-Brown, 1962-71 (clausurado en 2002). Sección y frente de acceso principal.



Complejo hospitalario Mc Master, Ontario. Craig, Zaidler & Strong, 1967-73. Perspectiva axonométrica de un módulo constructivo y frente de acceso principal.



humor, como prueba su anécdota acerca de la altura del espacio intersticial. La conversación en las oficinas del NHS se había animado, en parte por efecto del Jerez que había traído de su tierra la única mujer asistente y que habían camuflado en un termo haciéndolo pasar por té inglés. Raymond Moss, el más alto del grupo y responsable de la Unidad de Investigación de la Arquitectura Médica del NHS, defendía la propuesta más holgada. A su entender, la altura libre de una galería visitable no debía ser menor de la fijada en *El modulator*, la de 2'26 metros. Pero el pequeño Howard Goodman, irritado por ese derroche, propuso lavar en agua hirviendo al muñeco de Le Corbusier hasta una altura libre de 1'65, que precisamente era lo que él mismo medía; y su propuesta económica se impuso, como en el caso de David y Goliat.

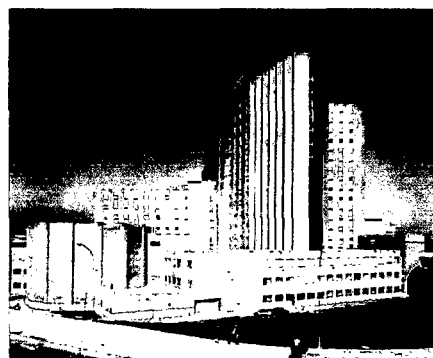
A la reunión, que tuvo lugar cuando comenzaba a trazarse el proyecto del Hospital 1º de Octubre, María Pérez Sheriff asistió precisamente acompañada por Fernando Flórez. El delfín de Marcide acudía por primera vez a una reunión internacional, pero dejó impresionados a todos los participantes al describir el proceso de planificación, diseño y construcción de los hospitales españoles¹²⁶, que sólo ocupaba 18 meses cuando la media internacional rondaba los diez años. Se explicó el procedimiento pero no los resultados, y quizá por ello la impresión fue positiva. Flórez debió tomar nota de las posibilidades de la entreplanta técnica pero no la utilizó en el 1º de Octubre ni hasta casi una década después. Ya en la Transición, en el pro-

¹²⁴ Véase en el anexo A "El hospital nacional de los sistemas de salud, pág. 175-205.

¹²⁵ Los británicos acostumbraban a proyectar entreplantas técnicas como las del Hospital *St. Alphege* de Greenwich, mientras que los norteamericanos se manejaban con mallas espaciales de galerías visitables como las del *McMaster* de Toronto.

¹²⁶ Véase James, W. Paul; Tatton-Brown, William. *Hospitals. Design and Development*. London: The Architectural Press, 1986, pág. 186-187.

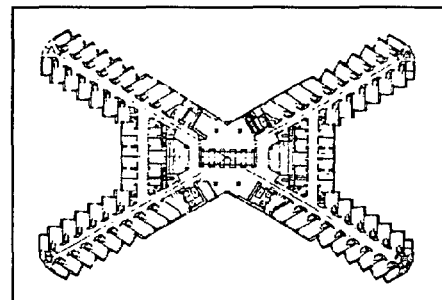
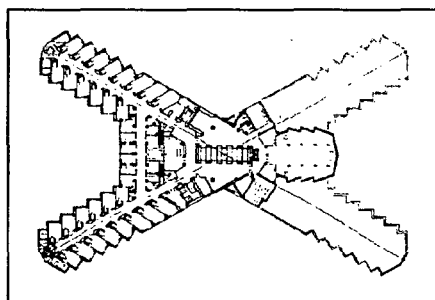
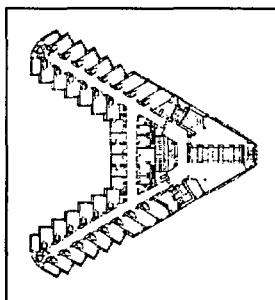
yecto del Hospital de Sagunto, redactado en colaboración con Luis López-Fando conforme a los principios *Nucleus* que había desarrollado precisamente *el David* del Servicio de Salud británico.



Hospital 1º de Octubre. En primer término, el auditorio.

El proyecto del Hospital 1º de Octubre¹²⁷ se trazó con el mismo esquema en planta de aspa utilizado en la Fundación Wesley y en el Memorial Unit. Marcide, que conocía ambos hospitales, pudo haberlos tomado de modelos y contribuir con nuevas aportaciones a un útil proceso de perfeccionamiento y actualización del tipo, pero actuó de nuevo a su manera. Básicamente, la organización general de planta de los tres proyectos coincide. Todos tienen el grupo de ascensores en el núcleo, conformando los correspondientes vestíbulos de personal y visitantes, y las habitaciones en los brazos del aspa. El Hospital 1º de Octubre tiene además el mismo número de plantas sobre rasante que la Fundación Wesley, quince, aunque el núcleo de ésta sube cuatro pisos más, pero sólo destinados al personal. Es cierto que el hospital madrileño se proyectó para el doble de camas que la fundación de Chicago, 1.200 frente a 650, pero hubiera sido fácil encajar la dotación extra sin aumentar prácticamente la altura del edificio. Debe considerarse que la Wesley dedicaba sus primeras plantas a servicios centrales y clínicos y que en la fecha de construcción del 1º de octubre era en cambio ya habitual disponerlos en un edificio extenso y reservar toda la torre para hospitalización.

Marcide, Flórez y Tapia-Ruano, sin embargo, decidieron utilizar el esquema en planta de aspa en menos de la mitad de la altura de la torre. En el resto lo partieron por la mitad y produjeron un forzado esquema en planta de V con el grupo de ascensores en el vértice. Ahora cada brazo de la torre estaba ocupado por toda una unidad de enfermería, y aunque su puesto de control se desplazó a un extremo de la unidad, aún así perdió la inmejorable posición que ocupaba en los dos hospitales norteamericanos. El esquema en aspa del Hospital 1º de Octubre se había trazado con mayor fidelidad a la forma del aspa, y debido a ello sus corredores principales no se cruzaban en el puesto de supervisión sino en un punto oculto del hueco de ascensores. Con todo ello se habían obtenido recorridos de enfermería más largos, una supervisión más difícil y peor relación con los vestíbulos de planta.



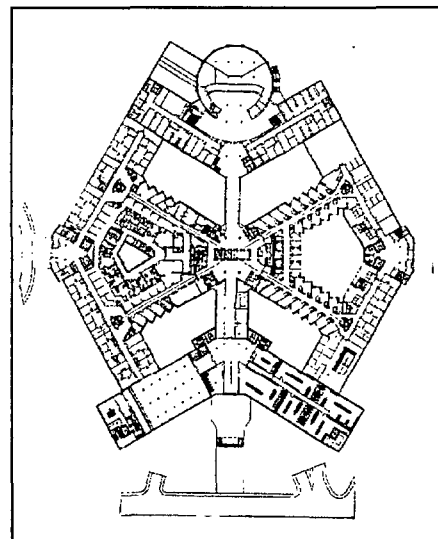
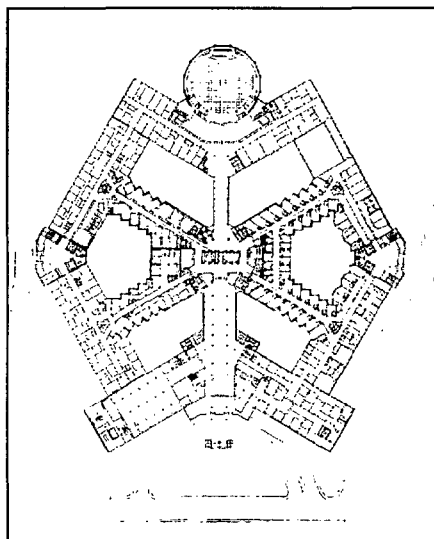
Hospital 1º de Octubre. De izquierda a derecha, planta octava, plantas sexta y séptima, y planta quinta.

En otro orden de cosas, los hospitales norteamericanos se habían trazado a escuadra, y consecuentemente habían aparecido ángulos a 45º; pero en conjunto ambos proyectos se habían tratado de resolver en ángulo recto y con el menor número posible de encuentros difíciles, los imprescindibles para coser sus brazos al tronco del edificio. Marcide y su equipo, por el contrario, trabajaron con la geometría algo más complicada del cartabón, que extendieron además a todos los rincones del proyecto quizás tratando de hacer miel sobre hojuelas. Pero eso no hizo más que enmarañar un proyecto que por su tamaño requería soluciones esquemáticas.

Los servicios centrales de planta de los dos hospitales norteamericanos se habían organizado a la manera habitual, alrededor del grupo de ascensores, en el cruce del aspa cuya forma se había rectificado a fin de encajarlos con holgura. El aspa se había separado en dos mitades y entre medias se había insertado una superficie extra para

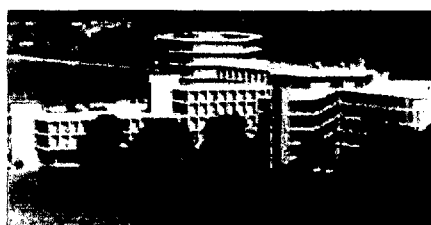
¹²⁷ Véase "Residencia Sanitaria de la Seguridad Social 1º de Octubre", *Temas de Arquitectura* 178 (1974), pág. 50-61.

Hospital 1° de Octubre. A la izquierda, planta baja; a la derecha, planta semisótano.



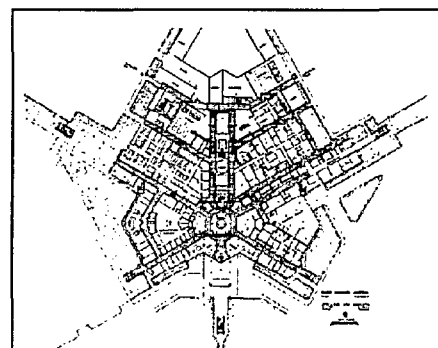
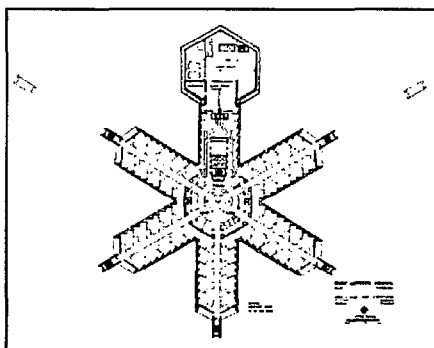
el grupo cuerpo de ascensores y los vestíbulos y servicios centrales de planta, que en su mayor parte daban a fachada. El programa del Hospital 1° de Octubre contemplaba además la instalación en cada piso de otros espacios auxiliares y de un aula docente para 40 estudiantes por cada dos unidades de enfermería. Pero Marcide y sus acompañantes no rectificaron el aspa, y además encajaron todo el programa en el ángulo obtuso, lejos de los ascensores y donde habría menos fachada disponible.

Habría sido fácil resolver el programa de planta sobre la V obtusa del aspa en lugar de la aguda, conforme al prototipo que ellos mismos habían diseñado para los centros de rehabilitación y traumatología¹²⁸, utilizando con mayor provecho el espacio alrededor del grupo de ascensores. Pero se tiró para arriba con la V estrecha, los ascensores al fondo y los consecuentes cruces de tráfico entre personal, visitantes y estudiantes. En el ángulo interior de la V se embutieron los nuevos locales, que consumieron una parte sustancial del área de enfermería a costa de las habitaciones desorganizándola. Pero aún así sólo una pequeña proporción de ellos pudo asomar a fachada, y el resto tuvo que organizarse en el interior del edificio, sobre un nuevo pasillo que añadía confusión a las circulaciones de planta.



El proyecto del 1° de Octubre pudo haber seguido la estela de otro influyente hospital norteamericano inaugurado y publicado en 1968, el edificio principal de la Fundación Beloit de Wisconsin¹²⁹, de John J. Flad & Associates. Se trata de una nueva versión del panóptico de Bentham¹³⁰ que pretende controlar con un mínimo de personal el mayor número de pacientes en habitaciones individuales. La planta del hospital tiene forma de una estrella de seis brazos. El núcleo hexagonal resultante está ocupado por la garita de control y por sus servicios auxiliares, ordenados en

Fundación Beloit, Janesville, Wisconsin. J. Flad & Associates, 1968. Fotografía aérea.

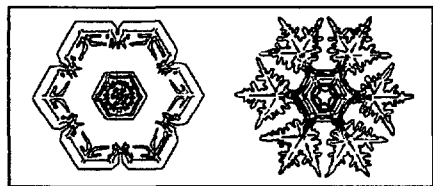


Fundación Beloit, A la derecha, planta tipo; a la izquierda, planta baja.

¹²⁸ Véase "Centro de rehabilitación y quemados" de la Ciudad Sanitaria la Fe en *Informes de la Construcción* (1972) ficha 143-57, pág. 43-58.

¹²⁹ Véase "Innovative Design for a Community Hospital", *Architectural Record* 143 (1968), pág. 143-146.

¹³⁰ Véase Bentham, Jeremy; Miranda, M.J. *El panóptico*. Madrid: La piqueta, 1989.



Fundación Beloit, Vista desde la calle de acceso.

Cristales de nieve. Dibujos del libro "Sobre el crecimiento de la forma", de d'Arcy Thompson.

Hospital 1° de Octubre. fotografía aérea. al fondo, la Residencia General, en primer término, el Hospital Infantil.

torno a ella. Cinco de los seis brazos contienen habitaciones individuales con baño, 10 en cada brazo, distribuidas en espiga a lo largo de un corredor central que desemboca en una escalera exenta. En total, cada piso contiene cincuenta habitaciones individuales servidas desde un solo puesto de control y ordenadas que forma que los recorridos de enfermería son mínimos y máximas las facilidades de supervisión.

Toda el área de enfermería está trazada a partir del núcleo hexagonal. Consecuentemente, las habitaciones individuales están giradas 60° con respecto a sus corredores, y conforman fachadas en diente de sierra. Esa solución de fachada entonces en boga fue ingeniosamente utilizada en este proyecto y en la enfermería de otros hospitales contemporáneos a fin de evitar el deslumbramiento que habitualmente sufría el personal en sus entradas y salidas de las luminosas habitaciones a los oscuros pasillos¹³¹. El trazado de la Fundación *Beloit* describe una figura concéntrica con la garita redonda en el centro, a continuación el hexágono de locales auxiliares y finalmente los radios de habitaciones en espiga peinada hacia dentro y rematados en punta por las escaleras. Figura análoga a la de un copo de nieve visto en el microscopio¹³².

El Hospital *1° de Octubre* se diseñó también con un trazado concéntrico de base hexagonal todavía legible en los planos de las plantas bajas, pero Marcide y sus subordinados utilizaron la base y el trazado a su manera. Trazaron un esquema general, lo trocearon, resolvieron las diversas zonas sin subordinarlas al conjunto y luego las cosieron sin poner inconvenientes a que unas invadieran el terreno de las otras. El método de composición dio un resultado absurdo tanto en planta como en alzado, en el que también se utilizó el diente de sierra. Se utilizó a capricho en algunos tramos de fachada, pero sólo como un recurso de moda y no para evitar deslumbramientos como en la fundación norteamericana; y lo pagaron caro todas las habitaciones del borde interior de la V, que además quedaron mirándose entre sí en lugar de enfocarse hacia el sur y las vistas. Luego el alzado se vistió, eso sí, con el uniforme a rayas que llegaría a convertirse en seña de identidad de la Seguridad Social, en este caso materializado en el ladrillo rojizo que también uniformaba los barrios del sur de Madrid.

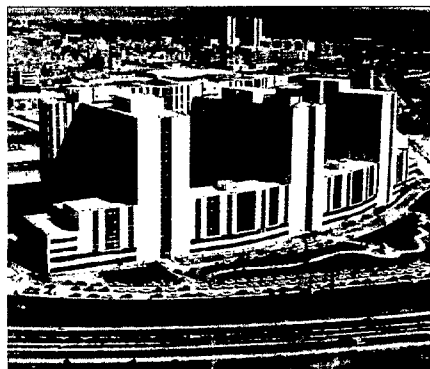
El hospital sirvió para hacer de nuevo propaganda del Régimen. Su construcción, a cargo de la unión temporal de empresas HYDEA¹³³, se desarrolló en el tiempo récord de 18 meses. Fue inaugurado por Franco en persona el día 2 de octubre de 1973, víspera de su onomástica, pero tomó la denominación del día anterior, *1° de Octubre*, precisamente Día del Caudillo o de su exaltación a la Jefatura del Estado. Durante la transición se hizo un discreto cambio de nombre añadiéndole 11 días. Aunque la nueva denominación del hospital, *12 de Octubre*, fuera también una fecha señalada del calendario franquista, el Día de la Hispanidad y de la Raza, nadie puso objeción.

¹³¹ Véase "Sawtooth design gives glareproof view", *Modern Hospital* 107.9 (1966), pág. 103-106.

¹³² Véase Thompson, d'Arcy. "Analogía con los cristales de nieve", en *Sobre el crecimiento y la forma*. Madrid: H. Blume ediciones, 1980, pág. 147-149.

¹³³ HYDEA fue la UTE constituida por Huarte y Dragados

Centro de Nacional Especialidades Quirúrgicas Ramón y Cajal



Centro Especial Ramón y Cajal, Madrid. M. J. Marcide, R. Aburto y F. del Cerro (proy.). F. Flórez (dir.), 1976. Fotografía aérea y escultura de la cabeza de Ramón y Cajal.

Marcide murió durante la construcción del Hospital 1º de Octubre, cuando acababa de terminar la estructura de otro gran hospital de Madrid, el nuevo Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas de la Seguridad Social tan reclamado en las altas esferas. La inauguración de este nuevo centro emplazado al norte de la capital junto a *La Paz*, la primera ciudad sanitaria española, no daría lugar a propaganda del Régimen, ya que no se hizo hasta la Transición¹³⁴, y quizás se deba a esa tardanza el que por primera vez un hospital de la Seguridad Social española se dedicara a la figura de un médico ilustre, Santiago Ramón y Cajal.

Los promotores del nuevo hospital fueron cirujanos de prestigio bien situados en el Régimen de Franco, y el hospital se programó a su gusto, con el prócer todavía vivo. Interesaba un centro de estudio de nuevas técnicas quirúrgicas asociado a la Universidad Autónoma¹³⁵, que atendería a los beneficiarios de la Seguridad Social sin estar sujeto a los reglamentos generales de las instalaciones sanitarias¹³⁶, ya que su finalidad docente requeriría un amplio margen de selección de pacientes¹³⁷. El que habría de ser Hospital Ramón y Cajal comenzó siendo el complejo sanitario de los doctores Vilar Sancho, Nuñez Puertas, Martínez Bordiú, Candela, Sada y Obrador¹³⁸, o de sus respectivos institutos monográficos de cirugía plástica, broncopulmonar, cardiovascular, otorrinolaringológica, maxilofacial y el de neurocirugía. Pero como durante su planificación se admitió también al traumatólogo Palacios Carvajal¹³⁹, el hospital tuvo uno de sus primeros apodosos aún antes de construirse, *el club de los siete magníficos*.

En la oficina de proyectos del INP se bautizó como el *Piramidón*, apodo que aún perdura y que proviene, según se cuenta, de los primeros bocetos del hospital, cuando Marcide trataba de encajarlo en una planta triangular posiblemente animado por los buenos resultados del *Yale Index* en hospitales de base triangular¹⁴⁰. Se trataba de construir un hospital de 600 camas y con esa idea se había adquirido el solar y comenzaba a trazarse el proyecto. Esta vez Marcide actuaba en colaboración con su cuñado Rafael Aburto y con Federico del Cerro, que habían ingresado en el *club* del INP en la contratación de 1964¹⁴¹, a la vez que Rafael Cabello, Luis Padrón

¹³⁴ El Hospital Ramón y Cajal fue inaugurado un día cualquiera, el 16 de mayo de 1977.

¹³⁵ Se estableció un concierto interministerial que ligaba al nuevo hospital con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma. Véase Flórez, Fernando. "La arquitectura del Centro Ramón y Cajal" en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977); pág. 6-17.

¹³⁶ En 1971 se reguló la jerarquización de las II. SS. de la Seguridad Social (B.O.E. 185, 04-08-1971), y en 1972 se aprobó su Reglamento (B.O.E. 172, 19-07-1972).

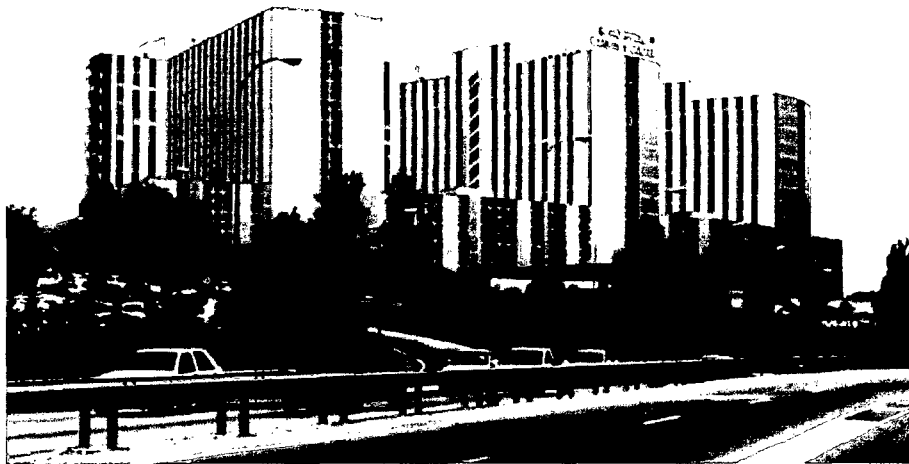
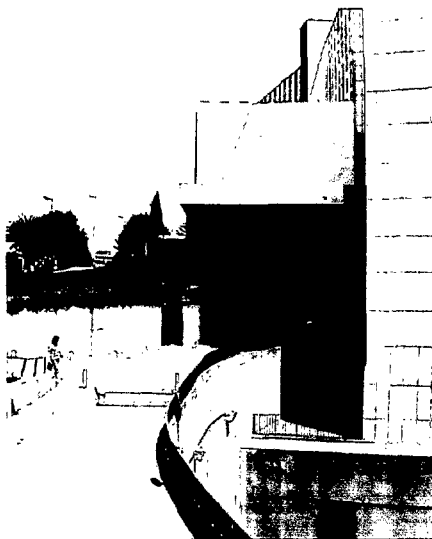
¹³⁷ En 1976 el Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas se reestructuró y transformó en Centro Especial Ramón y Cajal (B.O.E. 213, 04-09-1976), y el año siguiente se aprobó su Reglamento (B.O.E. 7, 08-01-1977).

¹³⁸ Entrevista del autor a Víctor Conde. 29-01-02.

¹³⁹ El profesor Palacios y Carvajal procedía del vecino Hospital de "La Paz". En 1971 recibió el encargo de organizar el Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas. Véase Palacios y Carvajal, D.J. "Organización del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Centro Ramón y Cajal", en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977); pág. 36-59.

¹⁴⁰ Véase Verderber, Stephen; Fine, David. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. New Haven and London: Yale University Press, pág. 41-42.

¹⁴¹ La oficina técnica del Instituto Nacional de Previsión se formó con el Plan Nacional de Instalaciones, con una plantilla básica de tres arquitectos: Garay, Zavala y Alvarez de Sotomayor. Tras el concurso del INP, en 1947, se fichó a Botella, Marcide y Mercadal como arquitectos contratados por obra. Esa fórmula de contratación de técnicos fue la utilizada por el INP desde entonces. En los primeros años cincuenta se dejó sitio a Cavestany, y en 1964, tras la entrada en vigor de la Seguridad Social, entraron Aburto, Cabello, Del Cerro, Padrón y Picabea, y Flórez y Tapia se reconvirtieron de aparejadores en arquitectos. La avalancha de encargos de los últimos años sesenta obligó en 1971 a incrementar la plantilla de personal funcionario (delineantes y secretarías), y de técnicos contratados por obra. Aurelio



*Centro Especial Ramón y Cajal:
Arriba a la izquierda, la fotografía muestra los
cuatro niveles de acceso al edificio.
Arriba a la derecha, vista desde la Carretera de
Colmenar Viejo.
Abajo, el edificio con la vía de ferrocarril de la
que tomó su trazado curvo.*

y Javier Picabea¹⁴². Los arquitectos habían encontrado un lugar privilegiado para emplazar su proyecto¹⁴³. En Madrid, pero ya de camino hacia la Universidad Autónoma, en un terreno delimitado al sudoeste por la vía de servicio de la Carretera de Colmenar Viejo en el nudo de enlace con la Carretera de la Playa, y al nordeste por la vía de enlaces del ferrocarril que permitiría proveer al hospital de un apeadero particular. Los movimientos de tierras del nudo de enlaces habían variado la topografía del terreno, dejándolo en pendiente y accesible a distintos niveles que podrían aprovecharse para repartir en altura las entradas del edificio.

La planificación de hospitales y ambulatorios de la Seguridad Social española era anual. Entre diciembre y la primera quincena de enero, Marcide y Santos seleccionaban los proyectos más urgentes, que normalmente coincidían con los solicitados por los gobernadores civiles más poderosos, y elaboraban sus programas funcionales con la ayuda del correspondiente director provincial. En ese breve plazo se programaban todas las actuaciones del año, y a mitad de enero Marcide repartía equitativamente los proyectos entre los equipos de arquitectos, que los tomaban como regalos retardados de Reyes¹⁴⁴. En vida de Marcide la oficina de proyectos era un santuario inexpugnable, y los programas eran inamovibles en cuanto entraban allí¹⁴⁵. Todos menos este último.

Marcide comenzaba a preparar los primeros bocetos cuando llegaron los primeros cambios. Para empezar se fichó al traumatólogo Palacios Carvajal, que acabaría organizando la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología con treinta y dos médicos y todo lo demás. Pero la gran transformación del programa llegó a mediados de 1971 como consecuencia de la publicación de una Orden ministerial, la de jerarquización de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social¹⁴⁶, en la cual se señalaban los cometidos específicos de investigación y perfeccionamiento de

Botella hijo, Alfonso Casares y José Ramón Fernández Oliva entraron en aquella ocasión. Entre 1972 y 1973 murieron Botella padre, Cavestany y Marcide, y sus plazas fueron ocupadas por Luis López Fando, Reinaldo Ruiz Yébenes y Alonso Taboada.

¹⁴² Entrevista del autor con Luis Padrón de Velasco. 20-N (2001).

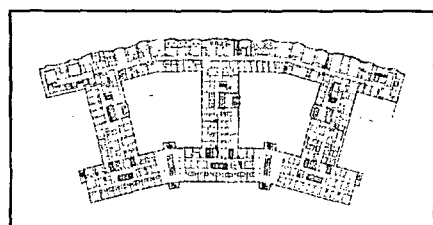
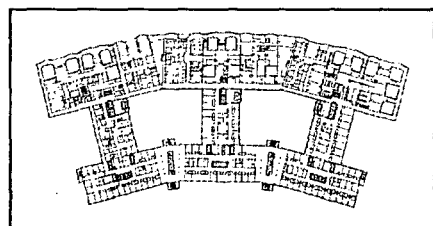
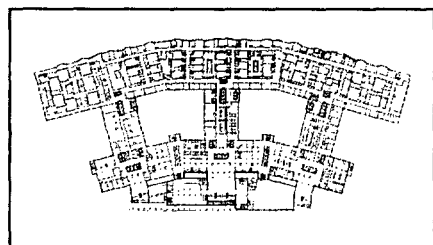
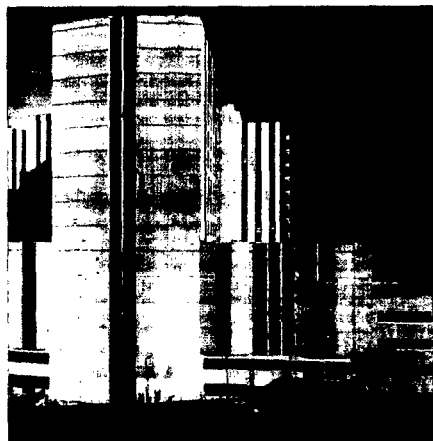
¹⁴³ Los arquitectos eran los encargados de adquirir el suelo para los hospitales. Costó 387.028.837 pts.

¹⁴⁴ Entrevista del autor con Javier Asunción. 16.11.00.

¹⁴⁵ Tras la muerte de Marcide las cosas se relajaron. La oficina de proyectos comenzó entonces a ceder a los ruegos de los médicos y a introducir modificaciones en sus proyectos. Pronto, la planta 7 de la sede del INP, hasta entonces zona privada de arquitectos e ingenieros, fue una zona más a compartir, y los lápices empezaron también a verse en las manos de unos médicos de la casa tan ansiosos por proyectar como incapacitados para el asunto, pero poderosos.

¹⁴⁶ Orden de 28 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se regula la jerarquización de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. 185, 04-08-1971). La organización jerárquica se establecía sobre la misma estructura básica que diferenciaba entre Instituciones cerradas y abiertas según su asistencia en régimen de internamiento o ambulatorio. Se definían los cinco tipos del primer grupo (ciudades sanitarias, residencias sanitarias regionales, provinciales o comarcales, y centros especiales), los cuatro del segundo (centros de diagnóstico y tratamiento, ambulatorios, consultorios de medicina general y ambulatorios mixtos), y sus respectivos cometidos, estructuras y normas.

Centro Especial Ramón y Cajal. De arriba abajo:
Fotografía parcial. Accesos de servicio.
Planta baja.
Planta primera.
Planta segunda.



técnicos sanitarios de los Centros Especiales¹⁴⁷. Y no sólo se asumieron; además se decidió transformar el hospital quirúrgico en un hospital médico-quirúrgico que conservaría los criterios de excelencia del proyecto inicial¹⁴⁸.

El programa inicial del Centro se amplió con nuevos Departamentos Quirúrgicos integrados junto a sus respectivos apoyos médicos como Institutos monográficos de Oftalmología, Urología y Digestivo. Se añadieron además, como servicios de apoyo, el de ginecología, pediatría, endocrino, nefrología y medicina interna. Y se asumió por una vez la necesidad dotar a la Seguridad Social de un Instituto de Investigación, que no se había contemplado con la instalación del primer y hasta ahora único Centro Especial de la Seguridad Social, el Hospital *Puerta de Hierro*, ni volvería a contemplarse hasta la Ley de Sanidad de 1986. Decidieron destinarse 6.000 m² del nuevo edificio para Instituto de Investigación, cuyo diseño se dejó en manos del Profesor Rodríguez Delgado con el beneplácito del claustro de profesores de la Universidad Autónoma.

El nuevo centro de excelencia de la Seguridad Social incluiría todos aquellos servicios médicos de alta especialización habitualmente desatendidos en los hospitales de la red, que se agruparon integrando diversas unidades funcionales. Por ejemplo, Alergología, Inmunología y Genética se ordenaron como Unidades Funcionales de Inmuno-Alergología, Inmuno-Patología, etc. O Neurocirugía, Neurología, Neurofisiología y Psiquiatría se integraron en el campo del sistema nervioso¹⁴⁹. Se trataba no sólo de responder a todos los casos irresolubles en otros hospitales de la red sino de fomentar el intercambio de conocimientos entre especialidades y de abrir nuevos cauces a la investigación, claro que salvaguardando la autonomía funcional de cada Departamento¹⁵⁰, indispensable a juicio de los prestigiosos profesores universitarios que los liderarían. Tal estado de cosas podría darse únicamente si una parte importante del equipamiento clínico se repartía entre las diversas unidades funcionales del hospital. De nuevo se omitió la solución internacional de concentrar todos los servicios clínicos en las plantas bajas del hospital¹⁵¹, que no llegaría a los hospitales públicos españoles hasta entrada la democracia.

Las previsiones iniciales de construir un hospital de 600 camas se habían desbordado hasta alcanzar la cifra de 1.800 camas¹⁵². Pero con el solar ya adquirido y sin posibilidad de ampliarlo y con el proyecto adjudicado a la constructora Huarte la única solución viable era reforzar la estructura proyectada y tirar para arriba aplicando el principio de extrusión tan utilizado en el INP. Y fue lo que se hizo. Se dice que el proyecto original tenía planta de monobloque triangular¹⁵³, y quizá sea cierto, pero afortunadamente a esas alturas su base era ya la actual, adecuada de partida para sus fines, y sólo hacía falta echarle unos pisos más. En lo básico, su programa funcional coincidía con el de los hospitales de polibloque de los años treinta¹⁵⁴. Nuevamente se trataba de componer a petición de los médicos un hospital por agrupación de clínicas particulares que sería además el centro de formación y de investigación que les daría prestigio. Interesaba conservar la independencia funcional de cada parte

¹⁴⁷ El artículo 6.e. de la Orden de jerarquización de las II.SS. ordenaba el cumplimiento del artículo 104.2 de la Ley de Seguridad Social, sobre modalidades de la prestación médica, que para los Centros especiales señala las finalidades específicas de investigación y perfeccionamiento de técnicos sanitarios.

¹⁴⁸ Véase Mestre Rossi, Carlos. "Nota informativa sobre el Centro Especial Ramón y Cajal de la Seguridad Social" en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977), pág. 4-5.

¹⁴⁹ Véase Mestre Rossi, Carlos. "Nota informativa sobre el Centro Especial Ramón y Cajal de la Seguridad Social" en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977), pág. 4-5.

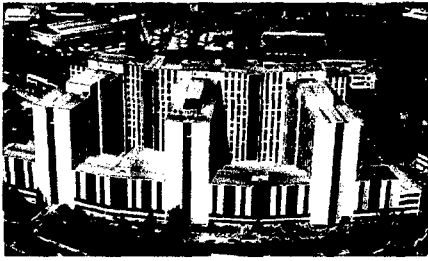
¹⁵⁰ Según la Orden de jerarquización de las II.SS. los hospitales se organizarían por Departamentos, Servicios o Secciones, o por cualquier combinación de estas unidades funcionales. Departamento es el conjunto funcional que desarrolla procesos completos de actividades asistenciales; Servicio, el conjunto funcional especializado de estructura uniforme en todas las Instituciones; y Sección, la unidad asistencial básica dotada del conjunto de medios suficientes para actuar con tal carácter.

¹⁵¹ Véase en el anexo A "el hospital de torre y base", pág. 170-174.

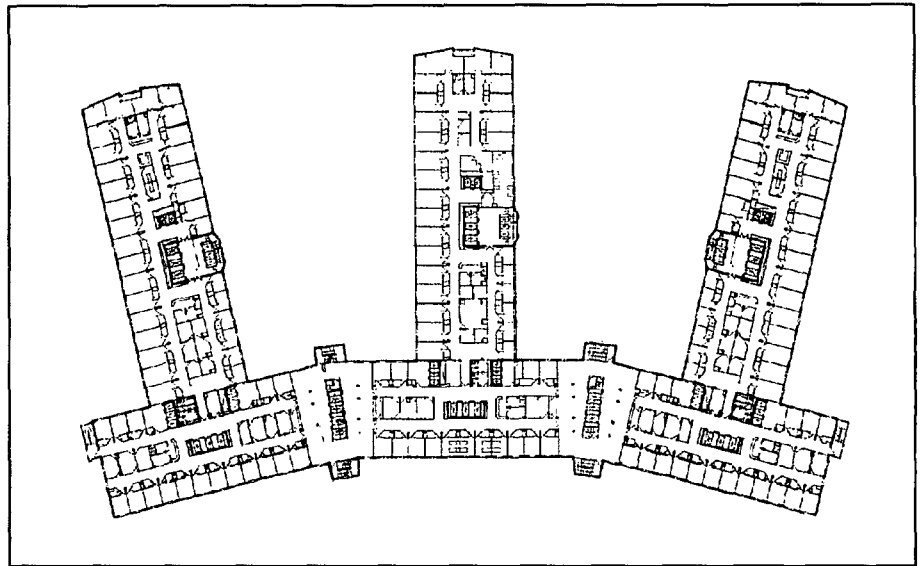
¹⁵² Cuando el hospital entró en servicio tenía 1.726 camas hospitalarias (1.335 camas de enfermerías generales médico-quirúrgicas, 236 de enfermerías especiales y 128 de cuidados intensivos) y 196 extrahospitalarias (49 camas de médicos de guardia y 147 camas para posibles acompañantes)

¹⁵³ Entrevista del autor con Luis Padrón de Velasco. 20-N (2001).

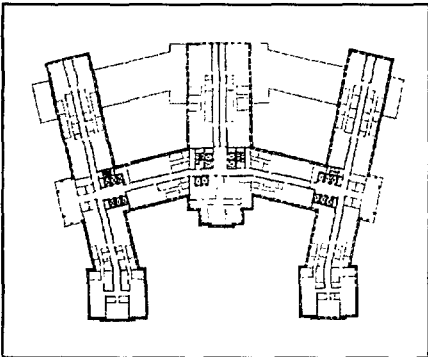
¹⁵⁴ Véase en el anexo A "Los hospitales de los modernos", pág. 167-169.



Centro Especial Ramón y Cajal. Fotografía aérea y planta tercera (planta tipo)



Hospital de la Caridad, Nueva Orleans, Luisiana. 1939. Vista lateral y planta tipo.



o área de poder, y al mismo tiempo estimular las mejores relaciones entre diversas áreas de conocimiento. Y esto último, tan difícil de alcanzar en los hospitales de monobloque por culpa de su rígida estructura vertical, se conseguía mejor en los hospitales de polibloque, gracias a su versátil estructura de malla, con sólo ordenar vertical u horizontalmente las áreas conforme al grado de relación deseado.

A juzgar por las apariencias, Marcide tuvo presente otro de los hospitales visitados por Garay en 1946 para redactar su proyecto. Un hospital *déco* que se había levantado como hospital de Beneficencia en plena Depresión¹⁵⁵, el Hospital de la Caridad, de Nueva Orleans¹⁵⁶, en sustitución del histórico hospital del mismo nombre fundado en 1732¹⁵⁷. En su proceso de planificación y construcción había sufrido también numerosas modificaciones y ampliaciones que había soportado sin problemas gracias a su estructura de polibloque. Su programa era el de un hospital general para pobres de 1930, y en eso difería mucho del hospital puntero que pretendía hacerse en el Madrid de los setenta. Aquél era todavía un hospital con enfermería en aglomeración y casi sin especialidades, mientras éste sería el centro de especialidades de referencia nacional; con las habitaciones propias de un hospital moderno, todas con baño, con oxígeno, vacío, gas medicinal, luz, timbre e hilo musical en la cabecera de cada cama. Incluso algunas de estas camas, las diseñadas por el Doctor Hernández-Ros, tendrían novedosas facilidades de giro, elevación y suspensión, lecho articulado en los cuatro tramos correspondientes a las regiones cervical, dorsolumbar, muslos y piernas; y también tendrían cabecero y piecero desmontables e intercambiables entre sí, mesa auxiliar, soportes para toda suerte de aditamentos, y cumplirían las respectivas normas establecidas por celadores, enfermeras y A.T.S. y médicos de las diferentes ramas quirúrgicas¹⁵⁸.

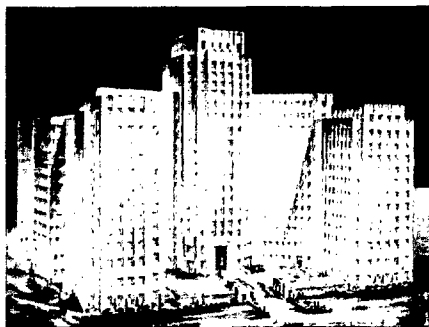
Y sin embargo, las plantas de este último proyecto firmado por Marcide en colaboración con Aburto y Del Cerro repiten sobre una geometría angular idéntica el esquema en peine del polibloque norteamericano, que también se diseñó como

¹⁵⁵ El Hospital de la Caridad de Nueva Orleans fue fundado como Hospital de Beneficencia Pública en 1732. En 1860 era uno de los mayores hospitales del país, con una capacidad de 1.000 camas. Hacia 1920 su estado era lamentable, y al final de la década estaba desbordado, por efecto de la Depresión. En esas fechas el Gobernador de Luisiana, el populista Huey P. Long, propuso la construcción de un nuevo hospital. Cuando abrió sus puertas en 1939 era el segundo mayor hospital de beneficencia de los Estados Unidos (3.300 camas).

¹⁵⁶ Véase Garay, Eduardo. Los Hospitales en los Estados Unidos. *Notas de un viaje de estudio*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1947, pág.17-19.

¹⁵⁷ Garay fechaba la fundación del antiguo hospital en 1779, en la época de dominación española, y la del nuevo en 1936, pero la Universidad de Ciencias de la Salud del Estado de Luisiana las fecha en 1732 y en 1939.

¹⁵⁸ Véase "Camas del Departamento", en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977), pág. 39-40.



Arriba, Hospital de la Caridad, Nueva Orleans.
Dibujo del proyecto.



A la derecha, Centro Ramón y Cajal, fachada de acceso principal, hacia el apeadero de RENFE.



Centro Ramón y Cajal, fachada hacia la autovía.



Centro Ramón y Cajal. Secuencia
fotográfica de su construcción.

hospital universitario¹⁵⁹. Su monótona fenestración, característica de los rascacielos *déco* y en éste de la Caridad, era ya una constante de los proyectos de Marcide, y se aplicó también en el que sería Hospital *Ramón y Cajal*. Ese rayado indiferente que resultaba de aplicar a los huecos de fachada un ritmo monocorde proporcionaba al edificio una envolvente continua y facilitaba el control general de la composición. Muchos rascacielos norteamericanos se habían revestido así tratando de componer un efecto de cascada entre sus distintos volúmenes. Pero en el Instituto no había volúmenes y se utilizaba simplemente para pensar poco en los alzados, y el efecto de cascada se redujo a un simple corte a ras como el que aplica el pastelero a la masa que sale de la manga churrera.

En julio de 1972 tres grupos de ascensores correspondientes a los tres *peines* del edificio asomaban ya en el perfil norte de Madrid¹⁶⁰, y en enero del año siguiente lo hacía la estructura completamente acabada. Por esas fechas, nada más morir Marcide¹⁶¹, su delfín y sustituto en la Jefatura del equipo de técnicos del INP apartó a Aburto y del Cerro de las obras del nuevo hospital universitario. Se las adjudicó a sí mismo en solitario, todas salvo las de urbanización y edificios industriales que correspondían a los ingenieros Mestre y Martí Barceló¹⁶². También proyectó el nuevo edificio destinado a Cirugía Experimental y garaje para 1.600 vehículos que apareció por su cuenta en el extremo noroeste del solar. Del edificio principal proyectado por Marcide y su equipo Flórez conservó el soporte pero desconfiguró totalmente su esquema de distribución tratando de seguir a un programa funcional en evolución continua.

Lo que hoy se conoce por Hospital *Ramón y Cajal* entró en servicio un día cualquiera de mayo de 1977, ya con ese nombre y con su característica estructura laberíntica, quién sabe si trazada por analogía con los estudios sobre la estructura nerviosa de los vertebrados del célebre Premio Nobel español a quien se dedicaba. Tras la inauguración del laberinto de 221.579 m², el Jefe de la oficina técnica del INP explicó que al hacerse cargo de las obras se había visto obligado a reconsiderar la totalidad de la distribución interior debido al estado evolutivo de su programa, y que sólo había mantenido la disposición de los servicios de apoyo y de las comunicaciones verticales¹⁶³. Señalaba orgulloso que sin embargo había logrado clavar el

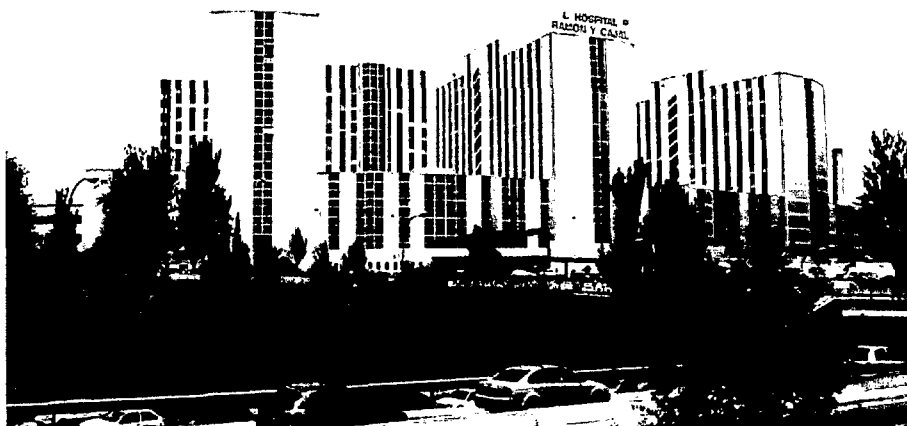
¹⁵⁹ El Hospital de la *Caridad* de Nueva Orleans sirve a la vez y por separado a las Facultades de Medicina de las Universidades de Tulane y del Estado de Luisiana.

¹⁶⁰ Véase Palacios y Carvajal, D.J. "Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Centro Especial *Ramón y Cajal*", en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977), pág. 36.

¹⁶¹ Véase Flórez, Fernando. "La arquitectura del Centro Ramón y Cajal" en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977); pág. 6.

¹⁶² La urbanización y los edificios industriales de los hospitales del INP los realizaban los ingenieros. Los del Ramón y Cajal son obra de Federico Mestre Rossi y por José Martí Barceló. El primero era hermano del Dr. Carlos Mestre, en esas fechas Director del Gabinete Técnico de la Subsecretaría de la Salud del INP.

¹⁶³ Véase Flórez, Fernando. "La arquitectura del Centro Ramón y Cajal" en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977); pág. 6-7.



Centro Ramón y Cajal. Vista desde el Barrio del Pilar.

índice de 100 m²/cama que entonces consideraba óptimo¹⁶⁴, lo que no es poco, dada la envergadura económica de la empresa¹⁶⁵. Sólo había respetado la estructura, los cerramientos y las comunicaciones verticales del proyecto original, y luego había troceado el enorme polibloque entre sus diversas unidades funcionales conforme a un gráfico de relaciones convenientes; y después había confeccionado cada trozo al gusto del jefe de unidad correspondiente, sin atender para nada a un esquema común que habría permitido al usuario encontrar el camino en su visita al especialista.

Ese detalle no se consideró, pero estaban todos los trozos del aparato clínico para contento de los especialistas. Sin embargo, ya desde su inauguración costaba adivinar dónde estaban, porque la red de circulaciones que debía haberlo vertebrado conforme a un supuesto esquema de doble pasillo se utilizó vagamente o se desechó a conveniencia de cada parte. Se cumplió escrupulosamente el programa de cada unidad funcional, con sus correspondientes consultas, enfermerías, despachos, aulas, quirófanos y demás locales encajados mediante diversas fórmulas de agrupación, pero no se trazó una red común de circulaciones, sino que fue apareciendo dentro de las diversas áreas de poder como un terreno cedido por cada jefe de unidad, desaprovechado pero inevitable para dar paso a sus propios locales.

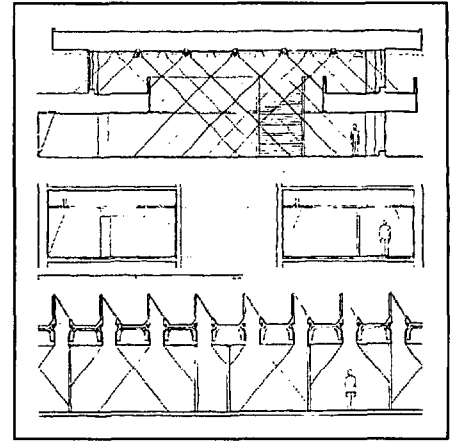
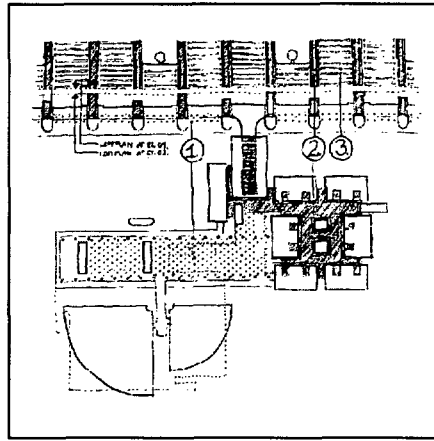
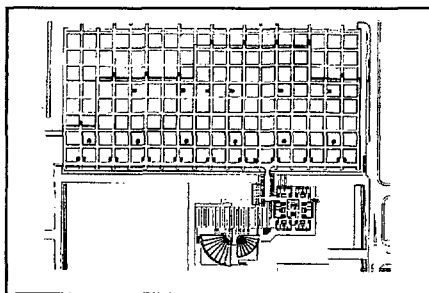
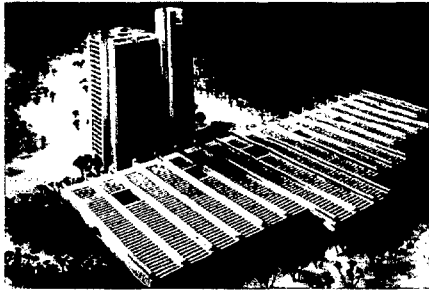
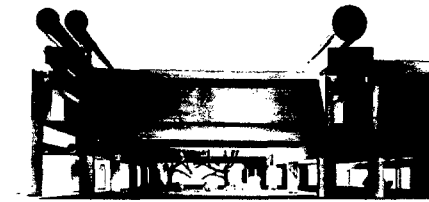
Se hizo un gran puzzle, pero no una estructura vertebrada. Una vez más, los corredores y los accesos se dimensionaron sin tener en cuenta el tamaño del enorme edificio ni su complicada configuración de polibloque. Se entendían como espacios improductivos y no convenía despilfarrar en ellos, como se advierte nada más pisar el cortavientos de entrada, que roza con las puertas de la cafetería y del salón de actos. Sobre sus cualidades constructivas tampoco conviene extenderse, aunque sí señalar que el desarrollo de los planos de ejecución corrió de nuevo a cargo de la empresa constructora, como era bastante habitual en las realizaciones del INP¹⁶⁶. Los arquitectos confiaban a menudo el proyecto de ejecución a las contratas, y éstas adaptaban directamente las soluciones ejecutadas en su penúltima obra, para asegurarse el cobro de unas certificaciones con todas las partidas a precio cerrado de antemano, reducir el riesgo de retraso en los plazos de ejecución y, si éste se producía, armarse de razones para desviar las penalizaciones a las subcontratas¹⁶⁷.

¹⁶⁴ El índice global de 128 m²/cama se corrigió. A efectos de homologación con los índices de otros hospitales de la Red de la Seguridad Social, debían descontarse las superficies del garaje, del Instituto de Investigación y del edificio de Cirugía Experimental, lo que arrojó una cifra final de 100 m²/cama.

¹⁶⁵ El Centro “Ramón y Cajal” costó unos treinta millones de euros (5.059.234.628.59 pesetas). Se incluyen los imprevistos (9%) y los honorarios de arquitectos (1%), ingenieros y peritos (0.3%) y aparejadores (0.1%). Véase “Centro Ramón y Cajal. Estudio económico” en *Revista de Hospitales del Instituto Nacional de Previsión* 1 (1977), pág. 16.

¹⁶⁶ Entrevista del autor con Javier Asunción. 16.11.00

¹⁶⁷ El plazo de ejecución de obra era un parámetro muy valorado en los concursos de adjudicación de



El *Piramidón* se inauguró un año después que el Hospital del Distrito de Herlev en Copenhague, configurado como una extensa plataforma neutra, matricial y crecedera que albergaba todos los servicios clínicos y de soporte del hospital, junto a una torre residencial exenta. Este proyecto había comenzado a idearse en 1964, el mismo año de instauración de la Seguridad Social en España, pero con unos criterios radicalmente distintos de los que elaboraría en Instituto Nacional de Previsión. Los arquitectos del Hospital de Herlev¹⁶⁸ asumieron la necesidad de producir un artefacto con la máxima flexibilidad frente a futuros cambios y primaron en el proyecto el diseño de las diversas redes de flujos del hospital, perfectamente integradas en la sección general y el trazado esquemático de planta. Frente a la definición pormenorizada de las diversas partes del hospital que se hacía en España, allí se dió sensatamente prioridad a las líneas generales de proyecto. El hospital de Herlev ha soportado los cambios desde entonces hasta ahora sin que se haya desvirtuado nada.

Hospital de Herlev, Copenhague. Bornebusch, Brüel & Selchau, 1966-76:

Arriba a la izquierda, maqueta de detalle. Módulo constructivo.

Arriba en el centro, croquis de proyecto. Trazado básico de organización en planta.

Arriba a la derecha, croquis de proyecto. Esquemas de iluminación.

En el centro, maqueta general del hospital.

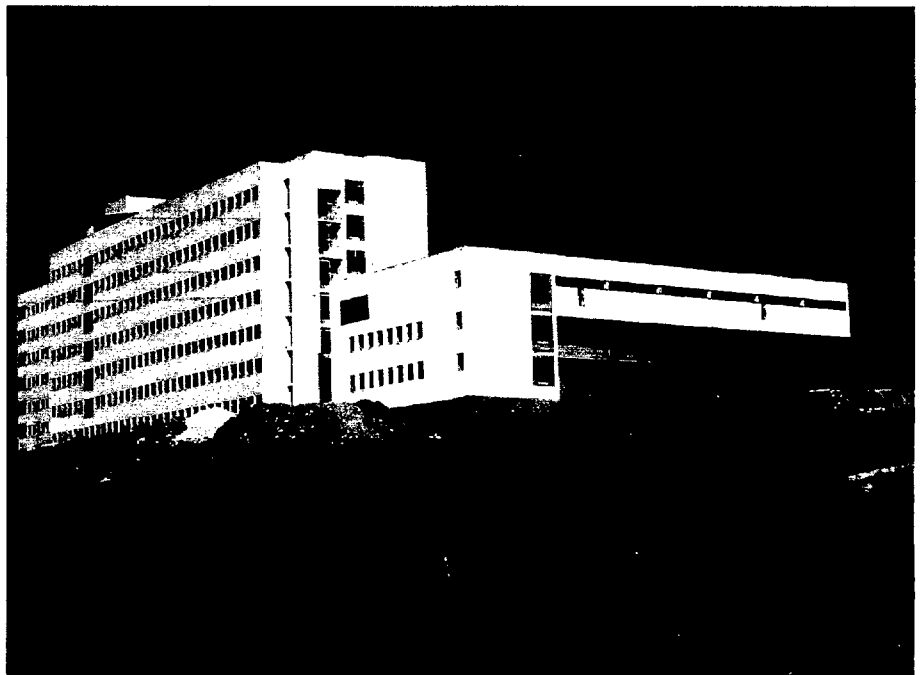
Abajo, esquema de ordenación general y previsión de ampliaciones futuras.

obras del INP. Cada mes de adelanto sobre dicho plazo se premiaba con un 1'25%; el mismo retraso suponía una penalización del 2'5%. Véase James, W. Paul; Tatton-Brown, William. *Hospitals: design and development*. London: The Architectural Press, 1986, pág 187.

¹⁶⁸ Véase en el anexo A "Otros proyectos contemporáneos", pág. 200-203.

Renovación en el Instituto. Europa entra en España.

En 1971, a la vez que se convocaban las primeras oposiciones desde 1947 para contratación de secretarías y delineantes de la oficina técnica del INP¹⁶⁹, el cupo de arquitectos contratados por obra se amplió con los fichajes de Aurelio Botella Clarella y Alfonso Casares Ávila, seleccionados personalmente por el Director General del Instituto, Martínez Emperador, tras una breve entrevista¹⁷⁰. El primero, hijo de Botella Enríquez y amigo íntimo de Cavestany, era a esas alturas un arquitecto consolidado con quince años de experiencia y al que se suponía familiaridad con los proyectos de hospitales, como así era. El segundo por el contrario era un joven titulado en 1968, pero avalado por un brillante expediente académico. Ambos compartieron su primer trabajo para el INP, el Hospital de Avilés¹⁷¹, uno de los cinco centros programados para Asturias entre 1970 y 1972¹⁷². Ese hospital de 300 camas, clasificado como hospital general de ámbito comarcal en la Orden de Jerarquización que entonces se estrenaba, e inaugurado como Hospital *San Agustín* todavía en vida de Franco, fue la prueba de fuego de sus autores ante Marcide, pero se redactó al margen de los tipos por él impuestos, como un modelo alternativo al monobloque convencional que luego interpretarían con desigual fortuna otros arquitectos de la casa.



Hospital de Avilés, Asturias. A. Casares, 1971-73

Constituye el más temprano ejemplo del cambio de modelos de hospital que adoptaría la oficina técnica del INP a lo largo de los setenta tras una década de sometimiento casi absoluto a los tópicos de Marcide. Abrió la serie de proyectos lineales con un esquema de organización abierto que Casares perfeccionaría en proyectos sucesivos, primero en equipo con Botella y más tarde con Reinaldo Ruiz Yébenes. El trazado en bandas paralelas del edificio principal permitió ordenar cómodamente

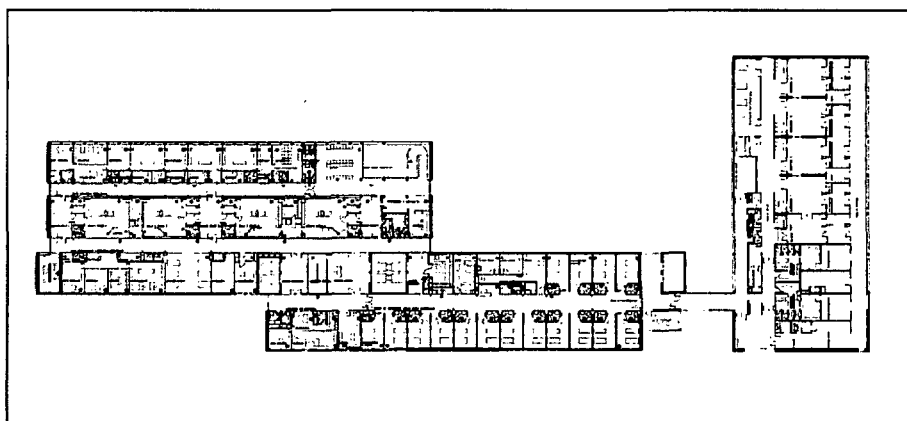
¹⁶⁹ Entrevista del autor con Javier Asunción. 16-11-2000.

¹⁷⁰ Entrevista del autor con Aurelio Botella. 16-11-2001.

¹⁷¹ Véase "Cuatro hospitales. Avilés, Palencia, Villajoyosa, Denia", en *Boden* 22 (invierno 1980-81)

¹⁷² En diciembre de 1972 la Seguridad Social tenía abiertos en Asturias la Ciudad Sanitaria de Oviedo, el Instituto Nacional de la Silicosis en la misma ciudad, las Residencias Sanitarias de Gijón y Mieres, y los ambulatorios de Oviedo, Avilés, Gijón, Mieres y Sama de Langreo; en construcción, la ampliación de la Residencia Sanitaria de Oviedo, un pabellón de Laboratorio anejo al Instituto Nacional de Silicosis y la ampliación del Centro de Rehabilitación de su ciudad sanitaria; en proyecto, la ampliación de las

los diversos servicios que debía albergar. Apareció una nueva organización al desdoblarse las comunicaciones verticales en dos grupos separados a fin de evitar cruces de circulación entre recorridos generales y los de cuidados especiales. Con la adopción de estas medidas, organización lineal y polarización de recorridos verticales, se resolvió el defecto común de todos los hospitales del INP anteriores, cuya estructura de monobloque era ya tan inadecuada para los programas complejos del hospital moderno, caracterizado por una gran variedad de áreas funcionales de uso frecuente que queda escasamente servida por un único centro de comunicaciones verticales. En los últimos años la oficina de proyectos del Instituto se había resignado a que esa condición centrípeta del monobloque organizara cada vez peor los servicios generales y clínicos del hospital, que no habían dejado de crecer durante el Plan de Instalaciones y que habían llegado a distribuirse en mancha de aceite alrededor del grupo principal de ascensores dentro de unas estructuras amorfas que dificultaban las relaciones entre unas partes y otras y generaban sistemas de tráfico incomprensible como los del Hospital 1º de Octubre.



Hospital de Avilés. Planta segunda.

En las plantas de enfermería del Hospital de Avilés se tomó y perfeccionó el trazado en Z utilizado en el Hospital de Saint-Lô, ya adoptado y mejorado por Marcide en la Residencia *La Paz*. La mejora consistió en girar 90º el grupo principal de ascensores, sobre la crujía común de enfermería y de servicios clínicos, de modo que ambas áreas quedasen servidas por un mismo vestíbulo de planta contemplado también como filtro de separación entre una y otra. Por otro lado, los servicios de cuidados especiales (quirófanos, cuidados intensivos y urgencias), se agruparon conformando un edificio independiente si bien comunicado con el resto del hospital a través de una galería acristalada y servido por su propio grupo de ascensores, que se situó en el extremo del área de enfermería opuesto al del grupo principal de ascensores con objeto de descongestionar el tráfico y reducir cruces de circulación. Junto a los aciertos de este primer proyecto, alternativo al monobloque en su organización, deben destacarse también los de su calidad plástica, que trabaja el volumen arquitectónico con una intención e inteligencia poco común en otros proyectos contemporáneos del INP.

Transcurrido tan sólo un año desde su ingreso en la oficina técnica, Botella y Casares recibieron de Marcide el encargo más importante de la temporada, un hospital de 1.200 camas para Badalona¹⁷³, como muestra de reconocimiento del experto jefe de proyectos hacia los noveles, en premio a su primer trabajo, todavía sólo de papel. El nuevo encargo sería el tercer equipamiento hospitalario de la Seguridad Social en el área de Barcelona. La Ciudad Condal había abanderado el Plan Nacional de Instalaciones con la residencia sanitaria dedicada al Jefe del Estado, proyectada precisamente por Aurelio Botella senior, ganador del concurso de anteproyectos de 1946. Pero Botella fue desplazado a la llegada de la Seguridad Social, cuando el establecimiento del Valle de Hebrón se transformó en ciudad sanitaria con los

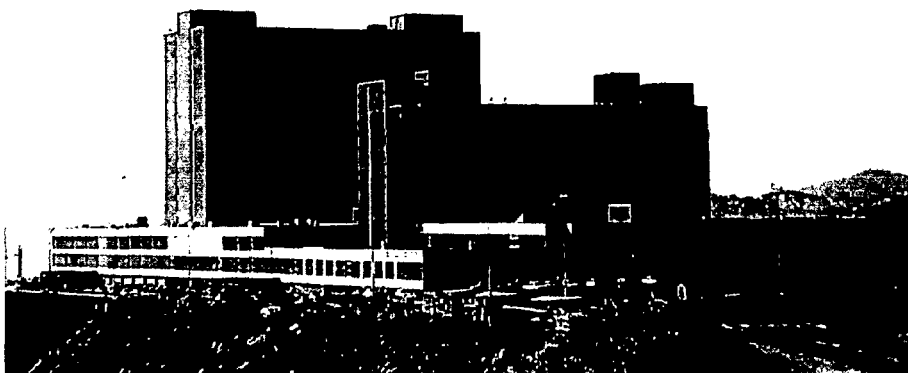
Residencias Sanitarias de Gijón y de Mieres, las residencias sanitarias de Avilés y de Riaño-Langreo y los Centros de Tratamiento y Diagnóstico de Oviedo y de Gijón; y programados los ambulatorios de Cangas de Narcea y de Ribadesella y la adaptación para Clínica Maternal del edificio de Residencia Sanitaria de Gijón. Véase *Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid: INP, Publicación nº 1.247, 1973, pág. 30.

¹⁷³ Véase "La nueva residencia sanitaria de Badalona en Barcelona", en *Revista de Hospitales del INP* 1 (1978)

proyectos de maternidad, hospital infantil y centro de rehabilitación y traumatología redactados por Marcide y por sus delfines Flórez y Tapia-Ruano. Ellos mismos se hicieron cargo poco después también del segundo establecimiento del área de Barcelona, el hospital de Hospitalet de Llobregat situado en el polígono de Bellvitge y dedicado a los Príncipes de España y futuros herederos de la jefatura del Estado.

El proyecto del nuevo hospital se desarrolló a lo largo de 1972, de nuevo fuera del camino marcado por Marcide e introduciendo una nueva estructura sanitaria lineal y polinuclear que venía a plantear de una manera mucho más acertada los requerimientos contemporáneos del gran hospital público. Sin embargo, no entraría en servicio hasta 11 años después, con la autonomía de Cataluña recuperada. Los proyectos de Avilés y Badalona se siguieron en una larga y positiva serie que alcanzaría un alto nivel en la arquitectura europea contemporánea, y que tuvo gran influencia en otros trabajos. El hospital de Badalona, bautizado como Hospital Universitari *Germans Trias i Pujol*, pertenece ya a una nueva época en la cual el nuevo Insalud y las autonomías de la democracia desarrollaron nuevos y más actuales formas de entender y proyectar los edificios de la sanidad pública.

*Hospital de Badalona, Barcelona. A. Casares,
1972-83.*



CONCLUSIONES

La voluntad política más social del régimen de Franco, su lado más sindicalista, se aplicó a desarrollar un mecanismo de seguridad social, de protección frente a la enfermedad y a la vejez. La creación de una red de hospitales era la encarnación material de esa voluntad, y dentro de la simplificación de los conceptos institucionales propia del nuevo Estado, los edificios se presentaban como objetivo y representación misma de la planificación sanitaria. A los edificadores, es decir, a los arquitectos, les cupo entonces la tarea de proporcionar la forma del sistema de seguridad social; los modelos de que se sirvieron y los proyectos que desarrollaron atendían a los programas sanitarios, pero sobre todo establecían una forma de entender la arquitectura pública, la capacidad de evolución científica y, en definitiva, la modernidad.

Apagado por la guerra civil el debate de la arquitectura como contribución a una nueva sociedad, y diezmado el grupo de arquitectos más renovadores, un pequeño número de profesionales hubo de dar forma al programa de construcción más notable de la posguerra, y construyó en cada capital un enorme edificio para una necesidad de los nuevos tiempos, que representaba la cara social del nuevo Estado. La tarea alentaba a escoger la vía de los modernos, y a comprender el hospital desde la nueva arquitectura del siglo XX. Pero también se podía estirar la concepción decimonónica del proyecto institucional, más acorde con la mentalidad conservadora dominante en el régimen.

Los arquitectos eligieron una suerte de vía media y, con la anuencia del régimen, se colocaron bajo el pabellón de la arquitectura norteamericana de los años treinta; la misma que había propiciado el desarrollo de la medicina científica y que había señalado el camino a la arquitectura europea (y española) comprometida con el Movimiento Moderno y con el más importante cambio social. Con esta referencia al prólogo de la modernidad era posible desarrollar el argumento sanitario de futuro, pero tratado de una forma conservadora. Naturalmente, para esta arquitectura la modernidad era más una cuestión funcional o de estilo que de fondo, y sus proyectos aluden pero no experimentan el profundo cambio que se consolidó en Europa durante ese tiempo.

Los hospitales españoles cumplieron mejor su misión médica que la arquitectónica, pero con todo fueron afectados por la profunda crisis de sus modelos, una crisis retardada si bien paralela a la de sus coetáneos, derivada de cambios estructurales en la medicina y en la política sanitaria. Los años sesenta fueron tiempos de poner en tela de juicio el concepto mismo de hospital como institución social, médica y como proyecto de la arquitectura moderna. Las respuestas a la crisis que dieron los arquitectos europeos se valían, naturalmente, de las nuevas ideas que ya anunciaban una posmodernidad, en cuanto declaraban superar algunos dogmas establecidos en los cuarenta.

Pero la complejidad del hospital de los últimos años sesenta, fruto de un extraordinario desarrollo de la técnica médica y de la experiencia con los modelos recientes, no fue comprendida por los profesionales españoles. Encerrados en su precaria cultura hospitalaria siguieron adoptando modelos ya obsoletos, y las novedades que introdujeron Marcide y su equipo se basaron más en la adaptación de temas organizativos, tomados de edificios demasiado antiguos o demasiado simples, que en la interpretación crítica de los grandes hospitales recientes, de los cuales tenían conocimiento pero no opinión elaborada.

La Administración a la que servían tampoco disponía de facultad ni herramientas críticas, fuera del sentido común de sus gestores más inteligentes, y nunca exigió

mejor estudio ni aplicación de la experiencia ajena, contentándose con introducir los nuevos equipos necesarios sobre los viejos hospitales con resignación, como si la sustitución del hospital de los médicos por el hospital de la tecnología fuera una cuestión de reformados más que una necesidad de repensar el proyecto hospitalario. Por el contrario, la experiencia de la arquitectura hospitalaria europea se basaba en un proceso de permanente revisión de sus propios supuestos, no sólo científicos sino también arquitectónicos.

Probablemente no era competencia de los arquitectos sustituir a la voluntad política en el proceso de adecuación a la realidad de su tiempo, pero podían haber descubierto con las herramientas de su oficio y de sus proyectos el desfase de sus modelos y el significado de los ejemplos extranjeros. No fue así y la intuición arquitectónica se mantuvo aletargada hasta la llegada de miembros más jóvenes y activos al grupo. De hecho, los arquitectos del INP nunca alcanzaron en sus proyectos el nivel de articulación interior que exigía el hospital contemporáneo, hasta los primeros trabajos de A. Casares. Las lecciones de arquitectura de los hospitales daneses o suecos, que planteaban el proyecto dentro de una madura posmodernidad con un significativo giro sobre los enunciados de la arquitectura moderna y con la aportación de nuevos conceptos de tramas matriciales, de flexibilidad y de relaciones cambiantes entre sus partes, no fueron aprendidas en su momento por la mayoría de los profesionales. A la dificultad general de entender el complejo organismo del hospital de los sistemas de salud y de la medicina tecnológica se sumó la falta de visión de los arquitectos del INP, que se habían acostumbrado a una cierta inercia arquitectónica y creían poder encajar los nuevos problemas en fórmulas de repertorio, sin darse cuenta del cambio sustancial de la estructura del problema y de las respuestas que otros intentaban adecuar, dentro del pensamiento del hospital como una arquitectura de vanguardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. FUENTES ORALES

Entrevistas mantenidas por el autor con las siguientes personas:

- Asunción, Javier. *Instituto Nacional de la Salud* (16/11/00).
- Botella, Aurelio. *Arquitecto* (16/11/01).
- Casares, Alfonso. *Arquitecto* (2/11/00).
- Cavestany, Enriqueta. (23/11/01)
- Navarro, Ramón. *Médico. Conservador del Museo de Sanidad e Higiene Pública* (22/01/02).
- Conde, Víctor. *Médico. Director del Museo de Sanidad e Higiene Pública* (29/01/02).
- Padrón, Luis. *Arquitecto* (20/11/01).
- Paniagua, José León. *Arquitecto* (4/12/01)
- Pérez Sheriff, María. *Arquitecta* (29/10/01).
- Ruiz, Reinaldo. *Arquitecto* (9/11/00).

2. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

LIBROS

- AA.VV. Guía de la arquitectura de Barcelona. Barcelona: COAB, 1988.
- *Guía de arquitectura de Madrid*. Madrid 1960-1989. Madrid: COAM, 1989
- *Guía de arquitectura de Madrid*. Madrid: COAM, 1992.
- *Arquitectura madrileña de la primera mitad del siglo XX*. Madrid: Museo Municipal, 1987.
- *El hospital infantil y maternal en España*. Madrid: SM, 1951.
- *La ca'granda: cinque secoli di storia e d'arte dell'Ospedale Maggiore di Milano: Milano, Palazzo Reale. Marzo-Agosto 1981*. Milano: Electa, 1981.
- *Los hospitales en España: la reforma pendiente*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1996.
- *L'Hospital de Santa Creu i de Sant Pau: l'hospital de Barcelona*. Barcelona: Gustavo Gili, 1989.
- *Hospital Clinic Universitari*. Valencia: Hospital Clinic Universitari, 1995.
- *Hospital Creu Roja de Barcelona*. Barcelona: Emege, creaciones gráficas, 1983.
- *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, memoria explicativa*. Barcelona, 1980.
- *Hospital de San Francisco de Paula para jornaleros, fundación de D^a Dolores Romero y Arana, viuda de Curiel*. Madrid, 1908.
- *Hospital Universitario de Getafe*. Grupo Hasa, Huarte. Madrid.
- *Hospitaux: maisons de santé, maternités, sanatoriums*. Ch. Massin. París.
- *The hospital Yearbook*. Chicago: The modern hospital publishing Co. Inc., 1934.
- *Krankenhäuser in Berlin. Bauten und Projekte der 80er Jahre*. Berlin: Gebr. Mann Verlag, 1989.
- Agron, George. *VA Hospital Building System*. Washington: Research Staff Office of Construction, Veterans Administration, 1972.
- Agulló, Mercedes et al. *Arquitectura madrileña de la primera mitad del siglo XX*. Madrid: Museo Municipal, 1987.
- Aloí, Roberto; Bassi Carlo. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore SPA, 1972.
- Aldana y Arellano, Gregorio; Alvarez-Sierra, José. *Los hospitales de Madrid de ayer y hoy*. Madrid: Artes Gráficas Municipales, 1952.
- Alonso, Pereira, José Ramón. *Madrid, de Corte a Metrópoli*. 1898-1931. Madrid: CAM, 1985.
- *Alvar Aalto: the complete work*. Zürich und München: Verlag für Architektur Artemis, 1990.
- Alvarez-Sierra, José. *Los hospitales de Madrid ayer y de hoy*. Madrid: Publicaciones de la Beneficencia Municipal, 1952.
- A.P.D.E. *Medicina Patria o Elementos de la medicina práctica de Madrid*. Madrid: Imprenta de D. Antonio Muñoz, 1788.
- Aragón, Ignacio M. *La planificación hospitalaria*. Madrid: SM, 1974.
- Aragón, Ignacio M. *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona: Imprenta Atlés, 1967.
- Ariès, Philippe; Duby, Georges. *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus Ediciones, 1989. 5 vols.
- Armero, Jacobo et al. *Antonio Palacios*. Madrid: Círculo de Bellas Artes, 2001.
- Artola, Miguel. *La burguesía revolucionaria*. Historia de España Alfaguara, V. Madrid: Alianza Editorial-Alfaguara, 1988.
- Ayuntamiento de Madrid. *Proyecto de Reorganización de la Beneficencia. Creación de la hospitalización municipal*. Madrid: Imprenta Municipal, 1916.
- Azcona, Siro. *Residencias sanitarias*. Madrid: Editorial Plenitud, 1954.
- Aznar, Sagrario. *La recuperación del Hospital de San Carlos del Instituto Nacional de Administración Pública*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 1991.
- Azúa, Juan de. *Reformas en el Hospital de San Juan de Dios*. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio, 1902.
- Barea Salas, Arturo. *El Hospital y su administración*. Madrid: Secretaría Técnica del Ministerio de la Gobernación, 1965.
- Barnichon, Gilles. *Les navires hôpitaux français aux XX siècle*. Le Touvet: Editions Marcel-Didier Vrac, 1998.
- Benevolo, Leonardo. *Historia de la arquitectura moderna*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1977.

- Benevolo, Leonardo. *Historia de la arquitectura del Renacimiento*. Madrid: Taurus Ediciones, 1972.
- Benítez Franco, B. *Información sobre la lucha antituberculosa en España y memoria correspondiente al año 1944*. Madrid: Patronato Nacional Antituberculoso, 1945.
- Bentham, Jeremy; Miranda, M.J. *El panóptico*. Madrid: La Piqueta, 1989.
- Beguinot, Corrado. *Ospedali e Cliniche Universitarie*. Napoli: Fausto Fiorentino Editore, 1961.
- Bernad, Justino et al. *El hospital Provincial de Madrid y las clínicas de la Facultad de Medicina*. Madrid: Imprenta Provincial, 1903.
- Betsky, Aaron. *James Gamble Rogers and the Architects of Pragmatism*. New York: The Architectural History Foundation and the Massachusetts Institut of Technology, 1994.
- Borsa, S.; Michel, C.R. *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX siècle*. France: Hachette, 1985.
- Bohigas, Oriol. *Arquitectura española de la Segunda República*. Barcelona: Tusquets, 1970.
- Bosch i Monegal, Enric. *L'hospital del Mar en la història de Barcelona*. Barcelona: Institut Municipal d'Assistència Sanitària, 1986.
- Calvo Serraller, Francisco. *España, medio siglo de arte de vanguardia, 1939-1985*. Madrid: Fundación Santillana-Ministerio de Cultura, 1985.
- Calzada, Andrés. *Historia de la arquitectura española*. Barcelona: Labor, 1933.
- Capitel, Antón. *Arquitectura española. Años 50-Años 80*. Madrid: MOPU, 1986.
- Cámara, Juan Pedro de la. *Los hospitales alemanes: notas de un viaje de estudios*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1959.
- Campos Calvo-Sotelo, Pablo. *El viaje de la Utopía*. Madrid: Editorial Complutense, 2002.
- Cano y de León, Manuel. *El nuevo Hospital Militar de Madrid*. Madrid: Imprenta del Memorial de Ingenieros, 1890.
- Carasa Soto, Pedro. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad, Secretariado de Publicaciones, 1985.
- Carner, Donald C. *Planning for hospital expansion and remodelling*. Springfield: Charles C. Thomas, Publisher, 1968.
- Carro García, Santiago. *Necesidad de reorganizar la sanidad pública en España*. Madrid: Antonio Marzo, 1919.
- Cerviá, Tomás. *¿Qué es un hospital?*. Madrid: Gaceta Médica, 1960.
- Cid, Josep Miquel. *Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona, 1973-1998: l'hospital que hem fet*. Barcelona: Hospital de Sant Joan Déu, 1998.
- Clavijo y Clavijo, Salvador. *La trayectoria hospitalaria de la Armada Española*. Madrid: Instituto Histórico de la Marina, 1944.
- Cloarec, Françoise. *Bimâristâns, lieux de folie et de sagesse*. Paris: Editions L'Harmattan, 1998.
- Cockett, Frank; Cockett, Dorothea. *The War Dairy of St. Thomas's Hospital (1939-1945)*. London: F. Cockett, 1991.
- Collins, Peter. *Los ideales de la arquitectura moderna; su evolución (1750-1950)*. Barcelona: Gustavo Gili, 1970.
- Columbia Books of Architecture. *The Filter of Reason. Work of Paul Nelson*. New York: Rizzoli/cba, 1990.
- *Compilación de legislación sanitaria. Volumen básico (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Conferencia de Consenso sobre Hospitales. *Crisis hospitalaria: presente y futuro de los hospitales españoles*. Madrid: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, 1994.
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. *Catálogo de Hospitales de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Dirección General de Planificación, Formación e Investigación, 1993.
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. *Evolución del sector hospitalario: Comunidad de Madrid, 1986-1991*. Madrid: Dirección General de Planificación, Formación e Investigación, 1994.
- Cortés, Juan Antonio. *El racionalismo madrileño*. Madrid: COAM, 1992.
- Costa Carballo, José Manuel Da. *La enseñanza de la medicina a finales del siglo XVIII en las instituciones docentes madrileñas ubicadas en el Hospital General de Madrid*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense, 1992.
- Cox, Anthony. *Hospitals and health-care facilities: a design and development guide*. London: Butterworth Architecture, 1990.
- Curtis, William J.R. *La arquitectura moderna desde 1900*. Madrid: Hermann Blume, 1986.
- Dall'Olio, Lorenzo. *L'Architettura degli Edifici per la Sanità*. Roma: Oficina Edizioni, 2000.
- Danon y Bretos, José. *Visión histórica de l'Hospital General de Santa Creu de Barcelona*. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana, 1978.
- Chueca Goitia, Fernando. *Invariantes castizos de la arquitectura española*. Buenos Aires: Dossat, 1947.
- *Dispensario Antituberculoso del Distrito de la Universidad: su labor en 1934*. Madrid: Dispensario Antituberculoso del distrito de la Universidad de Madrid, 1935.
- Domenech Girbau, Luis. *Arquitectura española contemporánea*. Barcelona: Blume, 1968.
- Drexler, Arthur; Hines, Thomas S. *The architecture of Richard Neutra*. Los Angeles: The Museum of Modern Art., 1982.
- Epalza, Enrique de. *Reseña de una visita a algunos hospitales españoles y extranjeros*. Bilbao: Imprenta de la Casa de Misericordia, 1899.
- Evangelista Benítez, Manuel. *Organización del hospital: estructuras y líneas de función*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1980.
- Félez Lubelza, Concepción. *El Hospital Real de Granada*. Granada: Universidad, Departamento de Historia del Arte, 1979.
- Fermand, Catherine. *Lex hôpitaux et les cliniques*. Paris: Editions Le Moniteur, 1999.
- Fernández Alba, Antonio. *La crisis de la arquitectura española. 1939-1972*. Madrid: Cuadernos para el diálogo, 1972.
- Fernández-Victorio y Cociña. *El Dispensario Oftalmológico del Hospital de la Santa Cruz en Barcelona*. Barcelona: Imprenta Moderna de Guinart y Pujolar, 1905.
- F.W.Dodge Corporation. *Hospital, Clinics and Health centers. An architectural record book*. New York: Library of Congress, 1960.
- Figuera, Diego, Marcide, Martín José. *Diseño de quirófanos*. Madrid: Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, 1971.
- Finzsch, Norbert; Jütte, Robert. *Institutions of confinement: hospitals, asilums and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Flores, Carlos. *Arquitectura española contemporánea*. Madrid: Aguilar, 1988. 2 vols.
- Flores, Carlos; Amann, Eduardo. *Guía de la arquitectura de Madrid*. Madrid: Ibarra, 1967.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1999.
- Foucault, Michel. *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta, 1992.
- Foucault, Michel et al. *Les machines à guérir*. Bruxelles: Pierre Mardaga, editeur, 1979.

- Foucault, Michel. *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1998.
- Flechoso Sierra, José Joaquín. *Estudio de la situación hospitalaria en España: catálogo general Informatizado*. Madrid: Garsí, 1982.
- Frampton, Kenneth. *Historia crítica de la arquitectura moderna*. Barcelona: Gustavo Gili, 1981.
- Freixa, Jaume. *Josep Ll. Sert*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1979.
- Friedman, L; Friedland, G.W. *Los diez mayores descubrimientos de la medicina*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1999.
- Friesen, Gordon. *Concepts of Health Planning*. World Hospitals. Winter 1975.
- Fullaondo, Juan Daniel; Muñoz, María Teresa. *Historia de la arquitectura contemporánea española. Los grandes olvidados*. Madrid: Kain, 1995.
- Gainsborough, H; Gainsborough, J. *Principles of hospital design*. London: The Architectural Press, 1964.
- Gamir Casares, Luis et al. *Política Económica de España*. Madrid: Alianza Editorial, 1980. 2 vols.
- Garay, Eduardo de. *Los hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Madrid: INP, 1947.
- García Granados, J.A.; Girón Irueste, F ; Salvatierra Cuenca, V. *El Maristán de Granada: un hospital islámico*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1989.
- García-Martín, Manuel. Barcelona: *El Hospital de San Pablo*. Catalana de Gas, 1990.
- Garijo Ayestarán, María Josefa. *El Ministerio de la Gobernación: materiales para un estudio de su evolución histórica hasta 1937*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de la Gobernación, 1977.
- Garnier, Tony. *Une Cité Industrielle*. New York: Rizzoli, 1990.
- Giedion, Sigfried. *Espacio, tiempo y arquitectura*. Madrid: Dossat, 1982.
- Gil i Nebot, Leopoldo. *40 años de arquitectura hospitalaria*. Pamplona: 16 ediciones S.L., 1998.
- Gobierno de Navarra. *Arquitectura para la salud en Navarra*. Pamplona: Departamento de Salud, 1991.
- Gómez-Ferrer Lozano, Mercedes. *Arquitectura en la Valencia del siglo XVI: el Hospital General y sus artífices*. Valencia: Albatros, 1998.
- González Bueno, C. *Hospital provincial. Anteproyecto de la organización del futuro hospital provincial*. Madrid: Gráficas Orbe 1964.
- Granda, Antonio de la. *Hospital militar 28: Madrid, Puerta del Sol, 1937*. Madrid: Sedmay, 1975.
- *Grupo de Investigación en Bibliotecas de Ciencias de la Salud. Las bibliotecas de ciencias de la salud en España: situación actual y propuesta de futuro*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1998.
- Habraken, N.J.. *El diseño de soportes*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1979.
- Hereu, P; Montaner, J. M.; Oliveras, J. *Textos de arquitectura de la modernidad*. Madrid: Editorial Nerea, 1994.
- Hitchcock, Henry-Russel. *Arquitectura de los siglos XIX y XX*. Madrid: Ediciones Cátedra, 1981.
- Hopkinson, R. G. *Hospital lighting*. London: Heinemann, 1964.
- Hosking, Sara; Haggard, Liz. *Healing the Hospital Environment*. London: E&FN Spon, 1999.
- *Hospital de la V.O.T. de San Francisco de Asís de Madrid*. Madrid: Fraternidad Franciscana Seglar de San Francisco el Grande de Madrid, 1997.
- Howard, John. *An account of the Principal Lazarettos in Europe*. London, 1791.
- Instituto Nacional de Estadística. *Los hospitales en España: 1980*. Madrid: Ministerio de Economía y Comercio, 1980.
- Instituto Nacional de Previsión. *Instituciones sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid, 1973.
- Institut Municipal d'Assistència Sanitària (Barcelona). *Un hospital davant el mar: remodel·lació arquitectònica de l'Hospital del Mar de Barcelona: Manuel Brullet i Tenas, Albert de Pineda i Álvarez*. Barcelona: Edicions del'Eixample, 1993.
- Isasi, Justo F.; Paniagua, José León; Pieltaín, Alberto. *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000.
- James, W.Paul; Noakes, Tony. *Hospital architecture*. Essex: Longman Group UK Limited, 1994.
- James, W.Paul; Tatton-Brown, William. London: *Hospitals: design and development*. Architectural Press, 1986.
- Jetter, Dieter. *Drei spanische kreuzhallenspitäler und ihr nachhall in aller welt*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag Wiesbaden GMBH, 1987.
- Jetter, Dieter. *Spanien von den anfangen bis um 1500*. Stuttgart: Franz Steiner, 1980.
- Jhaveri, S; Ronner, H. Louis I. Kahn. Complete Work 1935-1974. Boston: Birkhäuser, 1984.
- Kahn, Hasan Uddin. *El Estilo Internacional*. Köln: Taschen, 1999.
- Kaufman, Emil. *La arquitectura de la Ilustración*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1984.
- Krahn, Johannes. *Nuevo hospital provincial en Reidlingen, Alemania*. Madrid: Instituto Eduardo Torroja.
- Kuhn, Friedrich Oswald. *Gebäude für heil und sonstige wohlfahrtsanstalten: krankenhauser*. Stuttgart: Arnold Bergstrasser, 1903.
- Labaig y Leonés, Eduardo. *Hospitales civiles y militares*. Madrid: Editorial El Porvenir Literario, 1883.
- Labasse, Jean. *La ciudad y el hospital. Geografía hospitalaria*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1982.
- Labryga, Franz. *Instalaciones sanitarias modernas: proceso de planificación y diseño, hospitales generales, hospitales especiales, centros de rehabilitación*. Barcelona: Gustavo Gili, 1975.
- Lain Entralgo, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1970.
- Latour, Bruno. *Pasteur, una ciencia, un estilo, un siglo*. Mexico: Siglo XXI Editores S.A. de C.V., 1995.
- *Le Corbusier: l'oeuvre complète*. Zürich: Verlag für architektur Artemis. 1995.
- Le Roy, M. *La medicina curativa, o la Purgación*. Valencia: Imprenta de Ildelfonso Mompié, 1829.
- Leistikow, D. *Ten Centuries of european hospital architecture*. Ingelheim am Rhein: CH Boehringer, 1967.
- López Piñero, José María. *Historia de la medicina*. Madrid: Historia 16, 1990.
- Luxán y García, Manuel de. *Hospitales Militares. Estudio de la construcción ligera aplicada a estos edificios*. Madrid: Imprenta del Memorial de Ingenieros, 1879.
- Llorente Hernández, Angel. *Arte e ideología en el franquismo (1936-1951)*. Madrid: Visor, 1995.
- Mannino, Edgardo; Paricio, Ignacio. *José Luis Sert. Construcción y arquitectura*. Barcelona: Gustavo Gili, 1983.
- Marcide Odriozola, Martín José. *Residencia sanitaria de la Seguridad Social "La Paz"*. Madrid: Patronato Juan de la Cierva de Investigación Técnica, 1965.
- Marchán Fiz, Simón. *La arquitectura del siglo XX. Textos*. Madrid: Alberto Corazón, 1974.
- Mas Gilabert, Manuel. *Dispensario antituberculoso municipal apto para poblaciones mayores de 40.000 habitantes*. Murcia: Editorial La Verdad, 1933.
- Mc Innes, E.M. *St. Thomas' Hospital*. London: Special Trustees for St. Thomas Hospital, 1990.

- *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla. Años 1921-1922-1923*. Madrid: Blass, S.A. Tipográfica, 1925.
- Mens, Noor, Tjihuis, Annet. *De architectuur van het ziekenhuis*. Rotterdam: Nai Uitgevers, 1999.
- Miller, Quintus. *Le sanatorium. Architecture d'un isolement sublime*. Lausanne: EPFL Dept. D'Architecture, 1992. *Ignacio Gardella (1905-1999)*. Madrid: Electa, 1999.
- Ministerio de la Gobernación. *La Sanidad en la República. Dos años de Gestión*. Madrid: Imprenta Gráfica Universal, 1933.
- Ministerio de la Gobernación. *Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco y Hospital Psiquiátrico Alonso Vega*. Madrid: Diputación provincial, 1968.
- Ministerio de la Gobernación. *Continuación de la Reforma Sanitaria en España. El Lazareto de Mahón en 1917*. Madrid: Publicaciones de Sanidad, 1917.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Catálogo nacional de hospitales*. Madrid: Insalud, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Centro Especial Ramón y Cajal de la Seguridad Social*. Madrid: Insalud, 1980.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Compilación de legislación sanitaria (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Enfermedad Infecciosa desde la Ilustración*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Las instituciones sanitarias de ámbito europeo y sus políticas: Comunidades europeas, Consejo de Europa y Oficina Regional Europea de Salud*. Madrid: Secretaría General Técnica, 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Montaner, Josep Maria. *Después del movimiento moderno. Arquitectura de la segunda mitad del siglo XX*. Barcelona: Gustavo Gili, 1972.
- Moratinos Palomero, Patrocinio. *El Hospital Militar de Madrid "Generalísimo Franco", XXV aniversario (1964-1989)*. Madrid: Imp. Campillo-Nevado, 1989.
- Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli, 1935.
- Moss, Raymond. *The Planning Team and Organisation Machinery*. OMS. 1975.
- Muñoz Machado, Andrés. *Los sistemas sanitarios y su organización*. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1989.
- Muñoz Machado, Santiago. *La sanidad pública en España (evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Instituto de Servicios Administrativos, 1975.
- Muñoz Machado, Santiago. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
- Museo de Sanidad e Higiene Pública. *Catálogo de imágenes de la historia de la sanidad en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.
- Navarro y García, Ramón. *Historia de la Sanidad Marítima en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.
- Nelson, Paul. *Cité Hospitalière de Lille*. Paris: Éditions "Cahiers d'Art", 1933.
- NHS Estates. *Building Better Health*. London: Executive Agency of the Department of Health. NHS, 2000.
- Nightingale, Florence. *Cartas desde Egipto. 1849-1850*. Barcelona: Plaza & Janés, 2002.
- Nightingale, Florence. *Notes on Hospitals*. London: Longman, Green, Longman, Roberts & Green, 1863.
- Nightingale, Florence. *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. London: Harrison & Sons, 1859.
- Nuffield Provincial Hospitals Trust. *Studies in the Functions and Design of Hospitals. The Report of an Investigation Sponsored by the Nuffield Provincial Hospitals Trust and the University of Bristol*. London: Oxford University Press, 1955.
- Ollero Caprani, José Manuel. *El hospital del Niño Jesús de Madrid (1877-1919)*. Madrid: Universidad Complutense, 1991.
- O'Neill, Cynthia. *A picture of Health*. Oxford: Meadow Books, 1991.
- O'Neill, Cynthia. *More pictures of Health*. Oxford: Meadow Books, 1991.
- Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, 1978. Ginebra: OMS, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. *The rural hospital. Its structure and organisation*. Genève: OMS, 1955.
- Pascarelli, Emil F. *Hospital Based Ambulatory Care*. Ed. Norwalk, Appelton-Century-Crofts. 1982.
- Pérez Sheriff, María. *Guiones de programación y diseño*. Madrid: Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, 1972.
- Pérez Sheriff, María. *Perspectives on the role of architecture in Health Care in the year 2.000 and beyond: Governments as sponsors of development in health care architecture*. UIA, Public Health Group, 1990.
- Pevsner, Nikolaus. *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Barcelona: Gustavo Gili, 1972.
- Preston, Paul. *Franco "Caudillo de España"*. Barcelona: Grijalbo, 1994.
- Pütsep, E. *The Modern Hospital: International Planning Practices*. London: Lloyd-Luke Ltd., 1979.
- Real Patronato Antituberculoso de España. *Lucha oficial contra la tuberculosis. Campaña de 1926 a 1927*. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1927.
- Real Patronato Antituberculoso de España. *Lucha oficial contra la tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928*. Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1928.
- Redstone, Louis G. *Hospitals and health care facilities*. New York: McGraw-Hill, 1978.
- Revilla, F; Hidalgo, R; Ramos, R. *Historia breve de Madrid*. Madrid: Ediciones La Librería, 1996.
- Rico-Avelló y Rico, Carlos. *El ambiente sanitario español en la primera década del siglo actual*. Madrid, 1961.
- Riera, Juan. *Historia, medicina y sociedad*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A, 1985.
- Riera, Juan. *Planos de hospitales españoles del siglo XVIII existentes en el archivo general de Simancas*. Valladolid: Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Valladolid, 1975.
- Riley, Terence; Abram, Joseph. *The Filter of Reason: Work of Paul Nelson*. New York: Rizzoli, 1990.
- Risse, Guenter B. *Mending Bodies, Saving Souls; a history of hospitals*. Oxford: Oxford University Press.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- Ronner, Heinz; Jhaveri, Sharad. *Louis Kahn: complete work, 1935-1974*. Boston: Birkhäuser, 1987.
- Rosa, Joseph. *A constructed View. The Architectural Photography of Julius Shulman*. New York: Rizzoli, 1994.
- Rosenfield, Isadore. *Hospital Architecture and Beyond*. New York: Van Nostrand Reinhold Co., 1969.
- Rosenfield, Isadore. *Hospitales. Diseño integral*. México: Compañía Editorial Continental, 1965.

- S.E. el Jefe del Estado presidió las inauguraciones de la Ciudad Universitaria Provincial "Francisco Franco", Ciudad Escolar Provincial "Francisco Franco" y Hospital Psiquiátrico "Alonso Vega", el día 18 de julio de 1968. Madrid: Diputación Provincial, 1968.
- Sack, Manfred. *Richard Neutra*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 1994.
- Saltman, Richard B.; Figueras, José. *Reforma Sanitaria en Europa*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
- Sambricio, Carlos. *Cuando se quiso resucitar la arquitectura*. Murcia: Colegio de Aparejadores y Arquitectos técnicos, 1983.
- Sambricio, Carlos. *La arquitectura española de la Ilustración*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local y Consejo Superior de Colegios de Arquitectos, 1986.
- Sambricio, Carlos. *Manuel Sánchez Arcas, arquitecto*. Madrid: Fundación Caja de Arquitectos, 2003.
- San Antonio Gómez, Carlos. *20 años de arquitectura en Madrid. La edad de plata: 1918-1936*. Madrid: CAM, 1996.
- Sánchez Arcas, Manuel. *Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián: arquitectos: Lagarde, Labayen, Aizpurúa*. Madrid: Artes Gráficas Faure, 1933.
- Sanz Valero, Miguel. *Los dispensarios antituberculosos de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Dirección General de Salud Pública, 1999.
- Schaerer, M. Manual de instalaciones modernas para hospitales. Berna: M. Schaerer S.A., 1928.
- Schadowalt, Hans. *Historia Hospitalium. Düsseldorf un seine Krauhenaust alten von*. Düsseldorf: Michael Trillsch, 1969.
- Senra, Alfonso. *Laicismo y neutralidad en los hospitales*. Madrid: Imprenta Ernesto Catala, 1913.
- Share, J.E. *Hospital organisation and management*. Faber & Faber Ltd. 1939.
- Sarkis, Hashim. *Case: Le Corbusier Venice Hospital*. Munich/London/New York: Prestel Verlag, 2001.
- Serraino, Pierluigi; Shulman, Julius. *Modernism Rediscovered*. Köln: Taschen, 2000.
- Siles, José. *Historia de la enfermería*. Alicante: Editorial Aguacilar, 1999.
- Smalley, Harold E. *Hospital industrial engineering. A guide to the improvement of hospital management systems*. New York: Reinhold Publishing Corporations, 1966.
- Steele, James et al. *William Pereira*. Los Angeles: Architectural Guild Press, 2002.
- Stevens, Edward F. *The american hospital of the twentieth century: a treatise on the development of medical institutions, both in Europe and in America, since the beginning of the present century*. New York: F. W. Dodge Corp., 1928.
- Stone, Peter. *British Hospital and Health-Care buildings. Designs and Appraisals*. Ed. London: The architectural press, 1980.
- Taylor, Jeremy. *Hospital and Asylum Architecture in England 1840-1914*. London: Mansell Publishing Limited, 1991.
- Tafuri, Manfredo; Dal Co, Francesco. *Arquitectura contemporánea*. Madrid: Aguilar, 1980.
- Tamames, Ramón. *Introducción a la Economía Española*. Madrid: Alianza, 1980. 2 vols.
- Temes, J.L. et al. *Manual de gestión hospitalaria*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1992.
- Tenon, M. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Paris: Ph. D. Pierres, 1788.
- Thompson, John D.; Goldin, Grace. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975.
- Thorwald, Jürgen. *El triunfo de la cirugía*. Barcelona: Ediciones Destino, 1999.
- Thorwald, Jürgen. *El siglo de los cirujanos*. Barcelona: Ediciones Destino, 1999.
- Tovar Martín, Virginia. *Arquitectura civil*. Madrid: Giner. 1988.
- Tranche, Rafael R; Sánchez-Biosca, Vicente. *NO-DO. El tiempo y la memoria*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2002.
- Ulrich, Beth T. *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale*. Barcelona: Masson S.A., 1996.
- Urcola. *O novo hospital de San Sebastián*. Lisboa: Palhava, 1934.
- Valladares Roldán, Ricardo. *Hospital Provincial de Madrid*. Madrid: Diputación Provincial, 1979.
- Verderber, Stephen; Fine, David J. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. New Haven and London: Yale University Press, 2000.
- Vial, Robert. *Histoire de l'enseignement des Hôpitaux de Paris*. Paris: Editions L'Harmattan, 1999.
- Vidal Solares, Francisco. *Dispensario y hospital de niños pobres de Barcelona*. Barcelona: Imprenta Balmas, Casamajó y Comp., 1898.
- Vogler, Paul; Hassenpflug, Gustav. *Ospedali Moderni. Construzione, attrezzatura, funzionamento*. Roma: Editrice Internazionale Arti e Science, 1964.
- Ward, Ronald. *The design and equipment of hospitals*. London: Bailliere, Tindall and Cox, 1949.
- Wheeler E. Todd. *Diseño funcional y organización de hospitales*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1976.
- Wheeler E. Todd. *Hospital modernisation and expansion*. New York: Mc. Graw-Hill Book Co., 1971.
- World Hospitals. *L'Hôpital "La Paz" à Madrid*. New York: Pergamon Press, 1965.
- Yañez, Enrique. *Hospitales de Seguridad Social*. Mexico: Editorial Limusa, 1986.
- York & Sawyer. *Specifications for a hospital*. New York: The pencil points press, Inc., 1927.
- Zavala y Lafora, Juan de. *La evolución de las ideas para la construcción de los hospitales. El hospital en Bloque*. Madrid: Gráficas Voluntas, 1947.
- Zavala y Lafora, Juan de. *La arquitectura*. Madrid: Editorial Pegaso, 1945.
- Zeidler, Eberhard. *Healing the hospital: McMaster Health Science Centre, its Conception and Evolution*. Toronto, 1974.
- Zevi, Bruno. *Historia de la arquitectura moderna*. Barcelona: Poseidón, 1980.

- *A&V* 49 (1994). Salud nacional.
- *Arquitectura* 19 (1960). "Los hospitales en España".
- *Arkitektur* DK 5 (1977). "Copenhagen County Hospital in Herlev".
- *Bauen+Wohnen* 3 (1961).
- *Baukunst und werkform* 10 (1959).
- *Baumeister* 7 (1959). "Krankenhausbauten".
- *Baumeister* 7 (1968). "Bauen für kranke".
- *Baumeister* 5 (1979). "Hospital in den tropen".
- *Deutsche Bauzeitung* 4 (1967).
- *L'architecture d'aujourd'hui* 84 (1959). "Santé publique".
- *L'architecture d'aujourd'hui* 150 (1970). "Santé publique".
- *L'architecture d'aujourd'hui* 214 (1981). "Santé".
- *L'architecture d'aujourd'hui* 256 (1988). "Santé".
- *L'architecture d'aujourd'hui* 197-198 (1979). "Constructions Hospitalieres".
- *L'architecture française* 283-284 (1966).
- *Revista El Médico*. "Historia de los hospitales" (coleccionable).
- *The Architects' Journal* AJ SfB/94 (1967). "Wexham Park Hospital".
- *The Architectural Review* 791 (1963). "Hospitals".
- *The Architectural Review* 820 (1965). "Health and hospitals".
- *The Architectural Review* 879 (1970). "Manplan, health & welfare".
- *The Architectural Review* 1096 (1988). "Architecture of caring".
- *The Architectural Review* 1193 (1996). "Social Service".

ARTÍCULOS

- "Ambulatorio especial en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 126 (1952).
- "Ampliación de la Clínica Corachán, Barcelona", en *Temas de Arquitectura* 141 (1971).
- "Ambulatorio de Torrejón", en *Informes de la Construcción* 221 (1970).
- "Arquitectura hospitalaria: las catedrales del cuerpo", en *MOPU* 369 (1989).
- "Bergen County Hospital, Norway", en *Arkitekten* 4 (1961).
- "Bogense County Hospital, Denmark", en *Arkitektur* 6 (1961).
- "Branch of the Maternité in Nancy", en *Bauen+Wohnen* 3 (1965).
- "Casa de Salud de los Caminos de Hierro del Norte", en *Nuevas Formas* 3 (1935).
- "Central Hospital at Yyvaskyla", en *Architectural Record* 10 (1959).
- "Centre Hospitalier de Tampere", en *L'architecture Française* 259-260 (1964).
- "Centro de investigaciones médico-quirúrgicas. Madrid", en *Cuadernos de Arquitectura* 73 (1969).
- "Centro de Higiene y Seguridad, Palma de Mallorca", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 110 (1975).
- "Centro de traumatología y rehabilitación en Barcelona", en *Informes de la Construcción* 182 (1966).
- "Centro Hospitalario en la Avda. Cruzada Española, Barcelona" en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 84 (1971).
- "Centro Médico en Segura, Guipuzcoa", en *Arquitectura* 257 (1985).
- "Centro Ramón y Cajal de la Seguridad Social, Madrid" en *Temas de Arquitectura* 210 (1977).
- "Centro Sanitario en Ortuella", en *Revista Nacional de Arquitectura* 106 (1950).
- "Ciudad Sanitaria La Fe, Valencia.", en *Informes de la Construcción* 238, 239 y 240 (1972).
- "Clínica de la Mutua Metalúrgica de Seguros M.B.", en *Architect & Building News* vol.219/nº20 (1961).
- "Clínica del Perpetuo Socorro, Bilbao" en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 85 (1971).
- "Clínica Nuestra Señora de la Concepción en Madrid", en *Edificación* 1 (1958).
- "Clínica Pediátrica Teknon", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 72 (1969).
- "Clínica San Juan de Dios en Zaragoza", en *Cortijos y Rascacielos* 2ª época/nº46.
- "Clínica Vistahermosa. Alicante", en *Arquitectura* 6 (1964).
- "Concurso de Anteproyectos de un Hospital en San Sebastián", en *Arquitectura* 177 (1934).
- "Concurso de proyectos para el Hospital Provincial de Toledo", en *Arquitectura* (octubre 1926).
- "Concurso para Facultad de Medicina y Hospital Clínico de Granada", en *Arquitectura* (marzo 1931).
- "Copenhagen County Hospital in Glostrup", en *Arkitekten* 4 (1959).
- "County Hospital in Vejle", en *Arkitektur* DK 3 (1963).
- "Crawley Hospital, Great Britain", en *Informes de la Construcción* 101 (1958).
- Chase, T. "Revolution in hospitals", en *Architectural Forum* 2 (1959).
- "Dispensario antituberculoso (calle de Andrés Mellado. Madrid)", en *Arquitectura* (junio 1928).
- "El hospital Clínico", en *Nuevas Formas* 6 (1935).
- "Embajada de Estados Unidos en España", en *Cortijos y rascacielos* 80, 2ª época (1954).
- "España, 4 hospitales: Avilés, Palencia, Villajoyosa y Denia", en *Boden* 22 (1980-1981).
- "Fábrica de envasado de penicilina en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 119 (1951).
- "Fábrica de penicilina en Aranjuez", en *Revista Nacional de Arquitectura* 122 (1952).
- "Facultad de Medicina y Hospital Clínico en Granada", en *Revista Nacional de Arquitectura* 45 (1945).
- "Fracture Clinic in London", en *Bauen+Wohnen* 3 (1965).

- "Fukuhara care", en *The Architectural Review* 1096 (1988).
- García Guereta, Ricardo. "De arquitectura sanitaria", en *Arquitectura* 3 (1918).
- García Guereta, Ricardo. "Los sanatorios para niños pretuberculosos", en *Arquitectura* 5 (1918).
- García Guereta, Ricardo. "La hospitalización de los enfermos infecciosos", en *Arquitectura* 9 (1919).
- García Guereta, Ricardo. "La hospitalización de los enfermos infecciosos (cont.)", en *Arquitectura* 10 (1919).
- García Guereta, Ricardo. "La hospitalización de los enfermos infecciosos (cont.)", en *Arquitectura* 11 (1919).
- García Guereta, Ricardo. "La hospitalización de los enfermos infecciosos (cont.)", en *Arquitectura* 12 (1919).
- "Gloucester Royal Hospital, Great Britain", en *The Architectural Journal* 23 (1965).
- "Greenwich General Hospital, London", en *The Architectural Journal* 23 (1963).
- "Hospital Anglo-Americano, Madrid", en *Cortijos y rascacielos* 2ª época/nº80 (1954).
- "Kantonsspital Zurich", en *Baumeister* 5 (1962).
- "Health buildings: four new types", en *Architectural Forum* 1 (1957).
- "Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria de Madrid", en *Nuevas Formas* 6 (1935).
- "Hospital Clínico en la Ciudad Universitaria de Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 7 (1941).
- "Hospital Clínico de la Ciudad Universitaria de Madrid", en *Nueva Forma* 33 (1968).
- "Hospital Comarcal de Figueras", en *Reconstrucción* 36 (1943).
- "Hospital de Avilés", en *Arquitecturas Bis* 23-24 (1978).
- "Hospital de Denia", en *Arquitectura* 225 (1980).
- "Hôpital de District. Glostrup, Copenhagen". *L'architecture d'aujourd'hui* 84, 1959.
- "Hospital de Herlev, Copenhagen", en *Boden* (junio/1965).
- "Hospital de la Beneficencia en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura*, nº179, 1956.
- "Hospital General de Atocha en Madrid", en *Arquitectura* 239 (1982).
- "Hospital General en la Ciudad Universitaria de Aragón", en *Revista Nacional de Arquitectura* 30 (1944).
- "Hospital General de la Cruz Roja, Barcelona", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 84 (1971).
- "Hospital i Hvidovre, Kobenhavn", en *Arkitekten* 18 (1963).
- "Hospital in Swindon", en *Bauen+Wohnen* 3 (1965).
- "Hospital Inglés, Las Palmas", en *Hogar y Arquitectura* 80 (1969).
- "Hospital Presbiteriano de Unidades circulares en Valley, EE.UU.", en *Informes de la Construcción* 166 (1964).
- "Hospital Princesa Margarita, Swindon", en *Informes de la Construcción* 130 (1961).
- "Hospital Provincial San Julián", en *Boden* 3 (1972).
- "Hospital Reina Sofía, Tudela", en *Obras* 128 (1986).
- "Hospital San José, Cádiz", en *La construcción moderna* año II (1904).
- "Hospital Sant Pau y Santa Tecla", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 137 (1979).
- "Hospital Universitario de Alicante", en *Arquitectura* 246 (1984).
- "Hospital Venerables Sacerdotes de Sevilla", en *Arquitectura Española* XVII (1927).
- "Huelva. Residencia Sanitaria para el Seguro de Enfermedad", en *Obras* 82 (1954).
- "Incosol, el Instituto Médico 'Costa del Sol'", en *Obras* 121 (1974).
- Jacobs, Jane. "Hospital in the round", en *Architectural Forum* 6 (1961).
- "Krankenhaus in Hvidovre", en *Arch+Wohnwelt* 2 (1977).
- "La introducción del Renacimiento en Toledo, el Hospital de la Santa Cruz", en *Academia* 62 (1986).
- "La Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Jaén", en *Obras* 94 (1961).
- Landecho, Luis de. "Escuela de matronas y casa de salud de Santa Cristina", en *Arquitectura* 6 (1918).
- "Medical Center for Free Berlin", en *Architectural Forum* 2 (1960).
- "Medical Tower. Houston", en *Revista Nacional de Arquitectura* 191 (1957).
- Neutra, Richard. "Some considerations in connection with the construction of hospitals", en *Bauen+Wohnen* 3 (1965).
- "Middlesex Hospital, Great Britain", en *Architectural Design* 9 (1963).
- "New St. Thomas Hospital, London", en *Interbuild* (february 1963).
- "Northwick Park Hospital, Great Britain", en *Interbuild* (march 1966).
- "Nuevas ideas en el proyecto de hospitales", en *Informes de la Construcción* 30 (1951).
- "Nuevo complejo hospitalario infantil de San Juan de Dios en Barcelona", en *Temas de Arquitectura* 171 (1973).
- "Nuevo Dispensario de la Cruz Roja en Madrid", en *Arquitectura* 103 (1927).
- "Nuevo Hospital Provincial en Toledo", en *Arquitectura* (julio 1927).
- "Nuevo Hospital Provincial de Reidlingen, Alemania", en *Informes de la Construcción* 186 (1966).
- Oriol Bohigas. "El Hospital de San Pablo", en *Cuadernos de Arquitectura* 52-53 (1963).
- "Ospedale di Yyvaskyla", en *Casabella* 211 (1956).
- "Policlínica CIES, Vigo", en *Hogar y Arquitectura* 96 (1971).
- "Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias. Concurso de Anteproyectos", en *Revista Nacional de Arquitectura* 62 (1947).
- "Princess Irene Hospital, The Netherlands", en *Architectural Design* 6 (1962).
- "Proyecto de ampliación de Clínica en la calle Laforja, Barcelona", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 84 (1971).
- "Proyecto de edificio destinado a Clínica de Maternidad y Consultorios. En *Temas de Arquitectura* 180 (1974).
- "Proyectos de edificios sanitarios para la diputación de Valladolid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 13 (1943).
- "Proyecto de Hospital Provincial para Logroño", en *Arquitectura* 131 (1930).
- "Queen Victoria Hospital, Las Palmas", en *Temas de Arquitectura* 17 (1974).
- "Remodelación y ampliación del Hospital de Santa María, Lleida", en *ON* (1991).
- "Residencia de la Seguridad Social La Paz en Madrid, 885 camas", en *Informes de la Construcción* 167 (1965).
- "Residencia 1º de Octubre en Madrid, 1200 camas", en *Temas de Arquitectura* 178 (1974).
- "Residencia Sanitaria. Tarragona", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 73 (1969).

- "Residencia Sanitaria. Bellvitge", en *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo* 97 (1973).
- "Residencia Sanitaria de Las Palmas de Gran Canaria", en *Obras* 105 (1965).
- "Residencia Sanitaria de la Seguridad Social La Paz", en *Informes de la Construcción* 167 (1965).
- "Residencia Sanitaria Joaquín García Morato", en *Obras* 85 (1955).
- "Sanatorio y Casa de Reposo Virgen del Socorro, en Alicante", en *Revista Nacional de Arquitectura* 101 (1950).
- "Sanatorio de San Juan de Dios (Manresa)", en *AC* 6.
- "Sanatorio de la Fuenfria. Guadarrama", en *Arquitectura* (marzo 1926).
- "Sanatorio del Doctor Esquerdo, Madrid 1908" en *Nueva Forma* 60-61 (1971).
- "Sanatorio Lago, en el Guadarrama (Madrid)", en *Arquitectura* 119 (1929).
- Sánchez Arcas, Manuel. "La Central Médica de Nueva York", en *Arquitectura* 119 (1929).
- "Swindon Hospital, Great Britain", en *The architectural Review* 756 (1960).
- "The nursing station", en *Baumeister* 5 (1963).
- Torres Balbás, Leopoldo. "Arquitectura española contemporánea", en *Arquitectura* 66 (1924).
- "Tres grandes hospitales holandeses", en *Architectural Design* 1 (1956).
- "Unidad Urbana de Servicios Sociales", en *Arquitectura* 198 (1976).
- "Valley Presbyterian Hospital", en *Bauen+Wohnen* 3 (1965).
- "Vitoria. Unidad Hospitalaria 1967", en *Nueva Forma* 56 (1970).
- "Western General Hospital in Hull, Great Britain", en *The Architects Journal* 24 (1962).
- "Zentralkrankenhaus in Tampere, Finnland", en *Bauen+Wohnen* 3 (1965).

3. BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

PUBLICACIONES DEL INP

- INP XXVII. Rumeu de Armas, Antonio. *Historia de la previsión social en España. Cofradías. Gremios. Hermandades. Montepíos*. Madrid, 1944.
- INP XXIX. Giménez, E. *Programa de necesidades para ambulatorios y residencias sanitarias*. Madrid, 1946.
- INP XXXVI. *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid, 1951.
- INP XXXVI bis. *Instalaciones sanitarias del seguro de enfermedad*. Gráficas. Madrid, 1952.
- INP XXXVIII bis. *Instalaciones del INP. Mapa de los Servicios Administrativos y Sanitarios del INP*. Madrid, 1975.
- INP XXXIX. Jiménez Vicente, Inocencio. *Organización del Instituto*. Madrid, 1935.
- INP 23. Lehr, Ernesto. *El Instituto Nacional de Previsión. Español, por Ernesto Lehr*. Madrid, 1911.
- INP 68. Leal Ramos, León. *El primer balance del INP*. Madrid, 1917.
- INP 209. Jiménez Vicente, Inocencio. *Veinte años de previsión social*. Madrid, 1929.
- INP 258. Aznar Embid, Severino. *Lo que es el acto social de previsión*. Madrid, 1931.
- INP 266. Rumeu de Armas, Antonio. *Los seguros sociales en nuestro pasado histórico*. Madrid, 1943.
- INP 393. Oller, Antonio. *Una visita a las principales clínicas del trabajo de Austria y Alemania*. Madrid, 1933.
- INP 416. Pascual de Francisco, Manuel. *El Ideario de Maluquer*. Madrid, 1934.
- INP 418. Carbajosa Alvarez, José. *El Ideario de Maluquer*. Madrid, 1934.
- INP 419. Jiménez Vicente, Inocencio. *El seguro social y el privado*. Madrid, 1934.
- INP 440. Jiménez Vicente, Inocencio. *La unificación de los Seguros Sociales*. Madrid, 1934.
- INP 545. Aznar Embid, Severino. *Marv y la política social*. Madrid, 1942.
- INP 553. *Seguro de Enfermedad (Ley de 14 de diciembre de 1942)*. Madrid, 1943.
- INP 561. López Núñez, Alvaro. *Ideario de Previsión Social*. Madrid, 1943.
- INP 575. *Seguro de Enfermedad. Reglamento. (Decreto de 11 de noviembre de 1943.)* Madrid, 1943.
- INP 580. Quintana, Primitivo de la. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan General de Instalaciones de Asistencia Médica*. Madrid, 1944.
- INP 584. *Ante una ofensiva nacional. El Seguro de Enfermedad visto por quienes lo crean y organizan*. Madrid, 1944.
- INP 662. Zavala y Lafora, Juan. *La evolución de las ideas para la construcción de hospitales. El hospital en bloque*. Madrid, 1947.
- INP 664. *Edificios Sanitarios para el Seguro de Enfermedad. Exposición y concurso de anteproyectos para el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid, 1947.
- INP 666. Garay, Eduardo de. *Los Hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Madrid, 1947.
- INP 670. Jordana de Pozas, Luis. *Treinta y ocho años de Medicina de Previsión y Seguros Sociales*. Madrid, 1947.
- INP 693. *El Plan de Instalaciones Sanitarias*. Madrid, 1947.
- INP 717. Cámara, Juan Pedro de la. *Fisionomía y vida del hospital americano. Estampas de un viaje de estudio*. Madrid, 1948.
- INP 896. *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro Obligatorio de Enfermedad*. Madrid, 1953.
- INP 911. *Residencias y Ambulatorios 1, Residencia Sanitaria "Antonio Coello Cuadrado" de Logroño*. Madrid, 1954.
- INP 912. *Residencias y Ambulatorios 2, Residencia Sanitaria "García Morato" de Sevilla*. Madrid, 1955.
- INP 913. *Residencias y Ambulatorios 3, Ambulatorio "Hermanos Laulhe" de San Fernando (Cádiz)*. Madrid, 1955.
- INP 914. *Residencias y Ambulatorios 4, Residencia Sanitaria "Ramiro Ledesma" de Zamora*. Madrid, 1955.
- INP 915. *Residencias y Ambulatorios 5, Residencia Sanitaria "Francisco Franco" de Barcelona*. Madrid, 1955.
- INP 916. *Residencias y Ambulatorios 6, Residencia Sanitaria "Fernando Zamacola" de Cádiz*. Madrid, 1955.
- INP 917. *Residencias y Ambulatorios 7, Residencia Sanitaria "Ruiz Alda" de Granada*. Madrid, 1955.
- INP 918. *Residencias y Ambulatorios 8, Ambulatorio de las "Hermanos Larrucea" de León*. Madrid, 1955.
- INP 919. *Residencias y Ambulatorios 9, Residencia Sanitaria "Enrique Sotomayor" de Bilbao*. Madrid, 1955.
- INP 922. *Residencias y Ambulatorios 12, Residencia Sanitaria "Almirante Vierna" de Vigo*. Madrid, 1955.

- INP 923. *Residencias y Ambulatorios 13. Residencia Sanitaria "José Antonio" de Zaragoza*. Madrid, 1955.
- INP 924. *Residencias y Ambulatorios 14. Ambulatorio "Alfonso Martínez Alonso" de Oviedo*. Madrid, 1955.
- INP 925. *Residencias y Ambulatorios 15. Ambulatorio "Manuel Lois García" de Huelva*. Madrid, 1956.
- INP 926. *Residencias y Ambulatorios 16. Residencia Sanitaria "Onésimo Redondo" de Valladolid*. Madrid, 1956.
- INP 966. Possé y Vilelga, José. *Proceso histórico de una Institución ejemplar*. Madrid, 1956.
- INP 981. *Inauguración del Centro "Matías Montero" de Diagnósticos y Tratamientos especiales de Seguro de Enfermedad*. Madrid, 1958.
- INP 1065. *Residencia Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz" de Madrid. Residencia General*. Madrid, 1965.
- INP 1066. *Red de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social española*. Madrid, 1965.
- INP 1075. *Clinica Puerta de Hierro de la Seguridad Social*. Madrid, 1965.
- INP 1087. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz" de Madrid*. Madrid, 1966.
- INP 1201. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "Francisco Franco" de Barcelona*. Madrid, 1969.
- INP 1203. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "Virgen del Rocío" de Sevilla*. Madrid, 1969.
- INP 1233. Marcide, Martín José; Figuera, Diego. *Diseño de quirófanos*. Madrid, 1971.
- INP 1258. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "Francisco Franco" de Barcelona. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1259. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "Nuestra Señora de Covadonga" de Oviedo. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1260. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "José Antonio", de Zaragoza. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1262. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz" de Madrid. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1263. *Residencia Sanitaria de la Seguridad Social "Clínica del Trabajo" de Madrid. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1264. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "Enrique Sotomayor" de Bilbao. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1265. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Fe" de Valencia. Centro de Rehabilitación y Traumatología*. Madrid, 1972.
- INP 1289. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "1º de Octubre". Inauguración de la Residencia General*. Madrid.
- INP 1349. *Centros sanitarios de la Seguridad Social*. Madrid, 1977.

PLAN DE CONSTRUCCIONES DEL PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO

- Aguinaga, Eugenio. *"Ideas generales a tener en cuenta en la construcción de sanatorios antituberculosos de beneficencia y su aplicación en el caso del Sanatorio del Generalísimo Franco, de Bilbao"*, en *Revista Nacional de Arquitectura* 126 (1952).
- Almagro San Martín, Melchor de. *"¿Qué estilo arquitectónico se adapta mejor al carácter de Madrid?"*, en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943).
- Bohigas, Oriol. *Arquitectura española de la Segunda República*. Barcelona: Tusquets Editor, 1970.
- "Cocina del Grupo Sanatorial de Santa Marina, Bilbao", en *Revista Nacional de Arquitectura* 100 (1950).
- "Cocina para el Sanatorio Generalísimo Franco, de Bilbao", en *Informes de la Construcción* 30 (1951).
- *Compilación de legislación sanitaria. Volumen básico (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- "Concurso de anteproyectos de sanatorios antituberculosos", en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943).
- Isasi, Justo F.; Paniagua, José León; Pieltáin, Alberto. *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000.
- *La Sanidad en la República; dos años de Gestión*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de la Gobernación, 1933.
- *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1926 a 1927. Año tercero*. Madrid: Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 1927.
- *Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1927 a 1928. Año cuarto*. Madrid: Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, 1928.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Compilación de legislación sanitaria (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Molero, Jorge. "Los sanatorios para tuberculosos", en *Historia de los hospitales*, Coleccionable de Revista El Médico.
- Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935.
- Muguruza Ontañón, Pedro. *Arquitectura popular española. Conferencia pronunciada en el Salón de Actos de la Exposición de la Reconstrucción de España, el 26 de junio de 1940*. Madrid: Dirección General de Regiones Devastadas y Reparaciones, 1940.
- Museo de Sanidad e Higiene Pública. *Catálogo de imágenes de la historia de la sanidad en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.
- Navarro, Ramón. *Evolución de la asistencia médica en España*. Apuntes inéditos (1991).
- "Obras de reparación y Ampliación del Sanatorio de Alcohete (Guadalajara)", en *Revista Nacional de Arquitectura* 33 (1944).
- *Ordenación de los servicios sanitarios. Vol 2. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Palanca, José Alberto. "Ingenieros, arquitectos y sanidad", en *Revista Nacional de Arquitectura* (1941).
- "Plan de Construcciones Sanitarias del Patronato Nacional Antituberculoso", en *Revista Nacional de Arquitectura* 15 (1943).
- "Proyecto de Sanatorio Antituberculoso Generalísimo Franco", en *Revista Nacional de Arquitectura* 33 (1944).
- "Proyecto de Sanatorio en Tarrasa (Barcelona)", en *Revista Nacional de Arquitectura* 33 (1944).
- "Servicio de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso", en *Boletín Informativo de la Dirección General de Arquitectura*. Vol.2 núm.2 (1947).
- Sueiro, Daniel. *La verdadera historia del Valle de los Caídos*. Barcelona: Sedmay, 1976.
- Tranche, Rafael R; Sánchez-Biosca, Vicente. *NO-DO. El tiempo y la memoria*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2002.

PLAN NACIONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS

- "Concurso privado para un inmueble en la Plaza de Callao", en *Arquitectura* (junio 1931).
- Criado del Rey, Sebastián. *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1947.
- Garay, Eduardo de. *Los hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Madrid: INP, 1947.
- "Hospital de la Beneficencia en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 179 (1956).
- Isasi, Justo F.; Paniagua, José León; Pieltáin, Alberto. *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000.
- Lafont Lapidana, Miguel. *Servicios Médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad*. Madrid: INP, 1947.
- "Mesa redonda con Rafael Bergamín, Casto Fernández Shaw y Fernando García Mercadal", en *Hogar y arquitectura* 70 (1967).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Compilación de legislación sanitaria (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Trabajo. *Edificios Sanitarios para el Seguro de enfermedad*. Madrid: INP, 1947.
- Ministerio de Trabajo. *Programa para necesidades. Ambulatorios y Residencias clínicas*. Madrid: INP, 1946.
- Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935.
- Museo de Sanidad e Higiene Pública. *Catálogo de imágenes de la historia de la sanidad en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.
- Quintana, Primitivo de la. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: INP, 1944.
- Reina de la Muela, Diego. *Ensayo sobre las directrices de un estilo imperial*. Madrid: Verdad-Diana, 1944.
- San Antonio Gómez, Carlos. *20 años de arquitectura en Madrid. La edad de plata: 1918-1936*. Madrid: CAM, 1996.
- Thompson, John D.; Goldin, Grace. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975.
- Zavala y Lafora, Juan de. *La evolución de las ideas para la construcción de Hospitales. El hospital "en bloque"*. Madrid: INP, 1947.
- Zavala y Lafora, Juan de. *La arquitectura*. Madrid: Editorial Pegaso, 1945.

CASTILLOS ROQUEROS. PRIMERA ETAPA DEL PLAN

- *Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.
- "Ambulatorio Hermanos Laulhé en San Fernando (Cádiz)", en *Revista Nacional de Arquitectura* 155 (1954).
- "Ambulatorio del Seguro de Enfermedad Hermanos Laulhé, de San Fernando (Cádiz)", en *Obras* 83 (1955).
- Azcona, Siro. *Residencias Sanitarias*. Madrid: Editorial Plenitud, 1954.
- Bernad, Justino et al. *El hospital Provincial de Madrid y las clínicas de la Facultad de Medicina*. Madrid: Imprenta Provincial, 1903.
- "El edificio sede del Instituto Nacional de Previsión en Madrid", en *RNA* 58-59 (1946).
- "Hospital en Barcelona", en *Arquitectura* 19 (1960).
- Isasi, Justo F.; Paniagua, José León; Pieltáin, Alberto. *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Compilación de legislación sanitaria (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Trabajo. *Ambulatorio Hermanos Laulhé*. Madrid: INP, 1955.
- Ministerio de Trabajo. *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1952.
- Ministerio de Trabajo. *Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid: INP, 1973.
- Ministerio de Trabajo. *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: INP, 1953.
- Ministerio de Trabajo. *Residencia Sanitaria Coello Cuadrado, Logroño*. Madrid: INP, 1954.
- Ministerio de Trabajo. *Residencia Sanitaria García Morato, Sevilla*. Madrid: INP, 1955.
- Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935.
- Pulido Hernández, Angel. *Hospitales Provinciales de Madrid*. Madrid: Imprenta Tipográfica del Hospicio, 1889.
- Quintana, Primitivo de la. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: INP, 1944.
- "Residencia Sanitaria para trescientas camas en Alicante", en *Arquitectura* 19 (1960).
- Valladares, Ricardo. *Hospital Provincial de Madrid*.

CAJONES NORMALIZADOS

- *Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.
- Azcona, Siro. "Servicios de un hospital", en *Arquitectura* 19 (1960).
- Blanco Soler, Carlos. "Comentarios de un médico", en *Arquitectura* 19 (1960).
- Castro, Carmen. "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García-Mercadal", en *Arquitectura* 156 (1971).
- Cavestany, Fernando. "Generalidades históricas", en *Arquitectura* 19 (1960).
- Comisión de Instalaciones Sanitarias Óptimas. *El ambulatorio tipo*. Madrid: INP, 1962.
- Comisión de Instalaciones Sanitarias Óptimas. *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E.* Madrid: INP, 1962.
- Comisión de Instalaciones Sanitarias Óptimas. *Proyecto de Plan de Ambulatorios modulados de la Seguridad Social*. Madrid: INP, 1963.
- "Embajada de Estados Unidos en España", en *Cortijos y rascacielos*, 2ª época/nº80 (1954).
- "Hospital Anglo-Americano", en *Cortijos y Rascacielos*, 2ª época/nº80 (1954).

- "Hospital en Pamplona", en *Arquitectura* 19 (1960).
- Isasi, Justo F.; Paniagua, José León; Pieltáin, Alberto. *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000.
- González-Ruano, César. Arquitectura y hospitales, en *Arquitectura* 19 (1960).
- "L'Hôpital Mémorial France - États-Unis de Saint-Lô (Manche)", en *LTD* (1959).
- Marcide, Martín José. "Proyectos en estudio en el momento actual", en *Arquitectura* 19 (1960).
- "Medical Tower. Houston. EE.UU.", en *Arquitectura* 191 (1957).
- "Medical Tower, en Houston", en *Informes de la construcción* 96 (1957).
- "Mesa redonda con Rafael Bergamín, Fernando García Mercadal y Casto Fernández Shaw", en *Hogar y arquitectura* 70 (1967).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Compilación de legislación sanitaria (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Trabajo. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz"*. Madrid: INP, 1966.
- Quintana, Primitivo de la. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: INP, 1944.
- Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli Editore, 1935.
- "Sesión crítica de arquitectura. Edificio de la Embajada de los Estados Unidos en Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 162 (1955).

ESTUCHES GEOMÉTRICOS. PROYECTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

- Aguinaga, Eugenio. "Ideas generales a tener en cuenta en la construcción de sanatorios antituberculosos de beneficencia y su aplicación en el caso del Sanatorio del Generalísimo Franco, de Bilbao", en *Revista Nacional de Arquitectura* 126 (1952).
- "Ambulatorio en Torrejón", en *Informes de la construcción* 221 (1970).
- Azcona, Siro. *Residencias Sanitarias*. Madrid: Editorial Plenitud, 1954.
- *Baumeister* 7 (Krankenhausbauten. 1959).
- Bentham, Jeremy; Miranda, M.J. *El panóptico*. Madrid: La piqueta, 1989.
- *Boletín de Funcionarios del INP* (4/1964).
- *Boletín de Funcionarios del INP* (8/1964).
- Bourne, N.B. "Construction in Spain", en *Concrete and constructional engineering* 10 (1950).
- Castro, Carmen. "Los arquitectos critican sus obras. Fernando García-Mercadal", en *Arquitectura* 156 (1971).
- "Centre Hospitalier et D'enseignement. Munster", en *L'architecture d'aujourd'hui* 150 (1970).
- "Centro Ramón y Cajal. Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas", en *Temas de Arquitectura* 210 (1977).
- "Ciudad Sanitaria La Fe, Valencia.", en *Informes de la Construcción* 238, 239 y 240 (1972).
- "Clínica Puerta de Hierro, Madrid", en *Cuadernos de Arquitectura* 73 (1969).
- Comisión de Instalaciones Sanitarias Optimas. *Informe sobre normas de tipificación y normalización en la construcción de los Ambulatorios del S.O.E*. Madrid: INP, 1962.
- "Cuatro hospitales. Avilés, Palencia, Villajoyosa, Denia", en *Boden* 22 (1980-81).
- Delgado, Eduardo. "La Orden dominicana y las artes. Conversaciones con el Padre Coello de Portugal", en *Arquitectura* 311 (1997).
- Fermand, Catherine. *Lex hôpitaux et les cliniques*. Paris: Editions Le Moniteur, 1999.
- Flórez, Fernando. "El espacio físico en las unidades de cuidados especiales", en *Revista de hospitales del INP* 1 (1978).
- Flórez, Fernando. "La arquitectura del Centro Ramón y Cajal", en *Revista de hospitales del INP* 1 (1977).
- Friesen, Gordon. *Concepts of Health Planning*. World Hospitals. Winter 1975, I.40.
- Garay, Eduardo de. *Los hospitales en los Estados Unidos. Notas de un viaje de estudio*. Madrid: INP. 1947.
- "Hôpital a Van Nuys, Californie", en *L'architecture d'aujourd'hui* 84 (1959).
- "Hôpital de Base. Wuppertal", en *L'architecture d'aujourd'hui* 150 (1970).
- "Hôpital de District. Nordenham", en *L'architecture d'aujourd'hui* 150 (1970).
- "Hospital presbiteriano Valley", en *Informes de la Construcción* 166 (1964).
- "Innovative Design for a Community Hospital", en *Architectural Record* 143 (1968).
- Isasi, Justo F.; Paniagua, José León; Pieltáin, Alberto. *Hospitales. La arquitectura del Insalud, 1986-2000*. Madrid: Insalud, 2000.
- Jacobs, Jane. "Hospital in the round", en *Architectural Forum* 3 (1958).
- Jacobs, Jane. "Hospitals in the round", en *Architectural Forum* 7 (1961).
- James, W.Paul; Tatton-Brown, William. London: *Hospitals: design and development*. Architectural Press, 1986.
- *L'architecture d'aujourd'hui* 84 (Santé publique. 1959).
- "La nueva Residencia Sanitaria de Badalona en Barcelona", en *Revista de hospitales del INP* 1 (1978).
- Le Corbusier. *Hacia una arquitectura*. Buenos Aires: Editorial Poseidón, 1964.
- Marcide, Martín José. *Residencia Sanitaria de la Seguridad Social La Paz*. Madrid: CSIC, 1965.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Compilación de legislación sanitaria (vigente hasta 29 de febrero de 1984)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Ministerio de Trabajo. *Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Paz*. Madrid: INP, 1966.
- Ministerio de Trabajo. *Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad*. Madrid: INP, 1952.
- Ministerio de Trabajo. *Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid: INP, 1973.
- Ministerio de Trabajo. *Ordenación de los servicios sanitarios. Vol 2. Centros Sanitarios (legislación vigente hasta 31-12-1983)*. Madrid: Insalud, 1984.
- Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli, 1935.
- "Premio William L. Pereira de la Escuela Superior de Arquitectura de Madrid", en *Revista Nacional de Arquitectura* 172 (1956).

- Mestre Rossi, Carlos. "Nota informativa sobre el Centro Especial Ramón y Cajal de la Seguridad Social", en *Revista de Hospitales del INP* 1 (1977).
- Palacios Carvajal, D.J. "Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Centro Especial Ramón y Cajal", en *Revista de Hospitales del INP* 1 (1977).
- "Proyecto de Residencia Sanitaria en Sagunto", en *Revista de Hospitales del INP* 2 (1978).
- "Residencia Sanitaria. Bellvitge", en *Cuadernos de Arquitectura* 97 (Anuario 1973).
- "Residencia Sanitaria de la Seguridad Social La Paz", en *Informes de la Construcción* 167 (1965).
- "Residencia Sanitaria de la Seguridad social 1º de Octubre", en *Temas de Arquitectura* 178 (1974).
- "Residencia Sanitaria Joaquín García Morato", en *Obras* 85 (1955).
- Riley, Terence; Abram, Joseph. *The Filter of Reason: Work of Paul Nelson*. New York: Rizzoli, 1990.
- Roth, Alfred. "Planificación y construcción en los Estados Unidos", en *Revista Nacional de Arquitectura* 49-50 (1946).
- "Sala de operaciones ovoide", en *Informes de la Construcción* 28 (1951).
- "Sawtooth design gives glareproof view", en *Modern Hospital* 107/9 (1966)
- Steele, James et al. *William Pereira*. Los Angeles: Architectural Guild Press, 2002.
- *The Architectural Review* 820 (Health and hospitals. 1965).
- Thompson, d'Arcy. *Sobre el crecimiento y la forma*. Madrid: H. Blume ediciones, 1980.
- Thompson, John D.; Goldin, Grace. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975.
- Thompson, John D.; Pelletier, Robert J. "Privacy vs. Efficiency in the Inpatient Unit", en *Hospitals* 36 (1962).
- "Towers Attract the Eye and Physicians", en *Modern Hospital* 105/8 (1965)
- Tranche, Rafael R; Sánchez-Biosca, Vicente. *NO-DO. El tiempo y la memoria*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2002.
- Verderber, Stephen; Fine, David J. *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*. New Haven and London: Yale University Press, 2000.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID
ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ARQUITECTURA

LOS HOSPITALES DE FRANCO
LA VERSIÓN AUTÓCTONA DE UNA ARQUITECTURA MODERNA

ANEXOS

Autor: **Alberto Peltáin Álvarez-Arenas**, arquitecto
Director: **Justo Fernández-Trapa de Isasi**, doctor arquitecto

[2003]

El hospital. Doscientos años de proyectos

Alberto Pieltáin

Hôtel-Dieu, París
Interior de
enfermería medieval



uede parecer extraño. Pero muchas de las grandes innovaciones y saltos hacia delante en la medicina de los hospitales han partido, precisamente, de la negativa imagen de los hospitales en su época y del intento de elaborar una crítica razonada. Algunos pasajes del texto que sigue describen el nacimiento de nuevas ideas entre momentos de crisis de un modelo anticuado de hospital. El caso de la enfermera Nightingale en su hospital turco de Scutari, es clásico; también lo es el del profesor Tenon con el Hôtel-Dieu de París y algunos más. Y también en nuestros días la reflexión sobre los hospitales conduce a menudo a callejones sin salida que necesitan de nuevas ideas, para que el hospital no se convierta en una rutina desordenada y negativa.

El hospital es un edificio veterano en la tradición arquitectónica, y si bien no es tan antiguo como el templo o el palacio, ha sufrido en cambio muchas más variaciones en su concepto y en su construcción que ellos. El hospital está ligado a la medicina, y con ella a la sociedad y a sus males. Por eso, nada ha hecho cambiar y progresar tanto los hospitales como las guerras y las epidemias, como se describe a continuación. La relación entre el cometido del hospital y su arquitectura es muy fuerte, y lo ha sido tanto más desde que la arquitectura se hizo eminentemente social y parte sustancial del progreso en el mundo moderno. El objeto de este trabajo es trazar a grandes rasgos los antecedentes de los proyectos históricos del hospital, y parece razonable hacerlo desde el principio del mundo

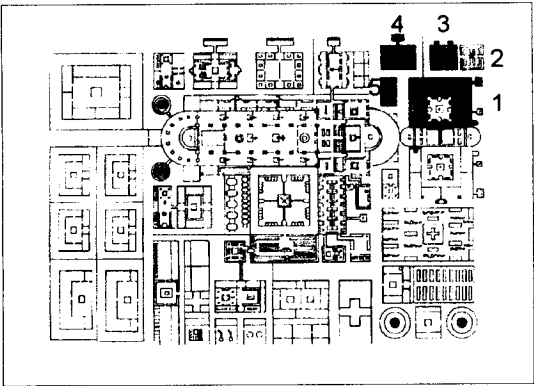
"Puede parecer un extraño principio enunciar como primer requerimiento de un hospital el no causar daño a los enfermos. No obstante, es bastante necesario establecer dicho principio, porque la actual mortandad en los hospitales, especialmente en las grandes ciudades, es muy superior a cualquier cálculo realizado sobre la mortandad de la misma clase de paciente tratado fuera los hospitales, lo cual nos hace sospechar."

Florence Nightingale, Notes on Hospitals. 1863

moderno, es decir, con la Ilustración. Es verdad que el Siglo de las Luces heredó un hospital de otro mundo, el de la Europa dominada por el pensamiento cristiano, con una tradición milenaria de hospitales; pero de esos hospitales es difícil hablar desde nuestro contexto laico, científico y técnico. Sin embargo, a riesgo de repetir tópicos se cita a continuación y casi como un prólogo sumario la herencia de los antiguos hospitales de occidente; puede que no entendamos su propósito o la base de su cultura médica y social, pero como sucede con todos los grandes proyectos, eran perfectas arquitecturas sobre sus propias bases. De estos antecedentes no interesan el repertorio ni las postales, sino la consideración de la constante capacidad de la arquitectura para concretar una búsqueda de nuevas y más efectivas formas de curar y consolar a sus contemporáneos. Esta capacidad sigue siendo necesaria hoy también, siglos después, en un hospital que es un complejo gigantesco y que reúne a miles de trabajadores, consume una parte importante de la energía de las ciudades y del presupuesto de los países, y desarrolla actividades de toda índole aparte de la curativa y de prevención, como laboratorio de las técnicas más avanzadas, como centro de formación y de investigación pluridisciplinar y como promotor del bienestar general. También ahora hay hospitales ineficaces y proyectos que repiten modelos desfasados; también se necesita la reflexión de Florence Nightingale traducida a los nuevos tiempos. Sería bueno que los hospitales no fueran hostiles con sus pacientes, con su personal y con la sociedad que los soporta.

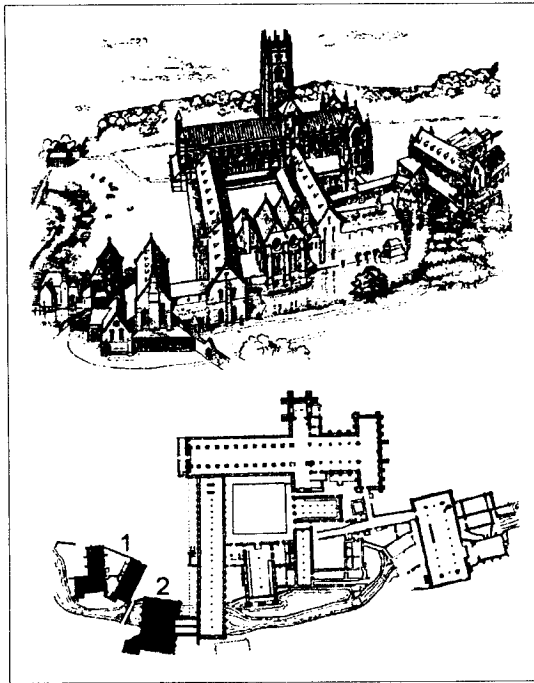
El hospital suele ser, con la iglesia, el más antiguo de los edificios que configuran la ciudad histórica. La cercanía y el parecido no es casual; el hospital nació asociado a la colonización monástica de Europa y ligado a su cultura latina, siendo parte de esa Iglesia de la Edad de las Tinieblas y parte de sus monasterios, como la capilla o el cementerio. Dependía del espíritu de caridad difundido por el cristianismo más que del afán de conocimiento, y continuó dependiendo de él hasta hace no mucho. El hospital de la Edad Media era una pequeña parte del monasterio dedicada al asilo de pobres o al hospedaje de peregrinos en ruta hacia los lugares santos. Pero en la Baja Edad media y sobre todo durante el Renacimiento la organización social abandonó el molde y la tutela de la Iglesia; la forma política se fragmentó en estados y la necesidad de una Reforma, aun antes de producir Iglesias nacionales y rupturas con la de Roma, destruyó el poder de los monasterios y de las instituciones religiosas en favor del poder civil, al que quedaron subordinadas tanto del lado protestante como del católico. Con el nacimiento de los estados europeos el hospital adquirió importancia para el monarca y para su ciudad. La fundación de esos establecimientos por parte de los poderosos fue un método eficaz para el control y el confinamiento de la población marginal de la creciente sociedad urbana, y se estableció la fuerte relación que ligó hospitalización y pobreza hasta las primeras décadas del siglo veinte, una relación entre caridad cristiana, previsión civil y control social.

La asociación de la arquitectura del hospital con su formas contemporáneas era ejemplar. Así, los hospitales del norte de la Europa Medieval eran lonjas góticas, análogas a las de las capillas y a las salas de los señores. El hospital del Renacimiento italiano era un palacio de grandes naves presididas por altares; de hecho en la nave de hospitalización se practicaba el culto frecuentemente, y además de eso las naves estaban contiguas a una auténtica iglesia y casi siempre al convento de los religiosos que cuidaban de los enfermos. Los ciudadanos de buena posición no acudían allí; el hospital no era la casa de la medicina sino la del dolor y de la



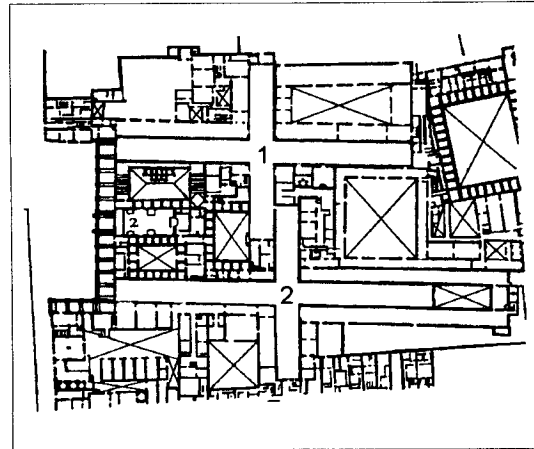
Abadía de Saint Gall, Suiza
S.VIII. Planta general

1. Enfermería
2. Jardín medicinal
3. Casa de los médicos
4. Sala de la sangría
5. Cocina y baño de la enfermería



Abadía de Fountains,
Yorkshire, Inglaterra. S.XIII
Vista y Planta general

1. Alojamiento de huéspedes
2. Enfermos laicos

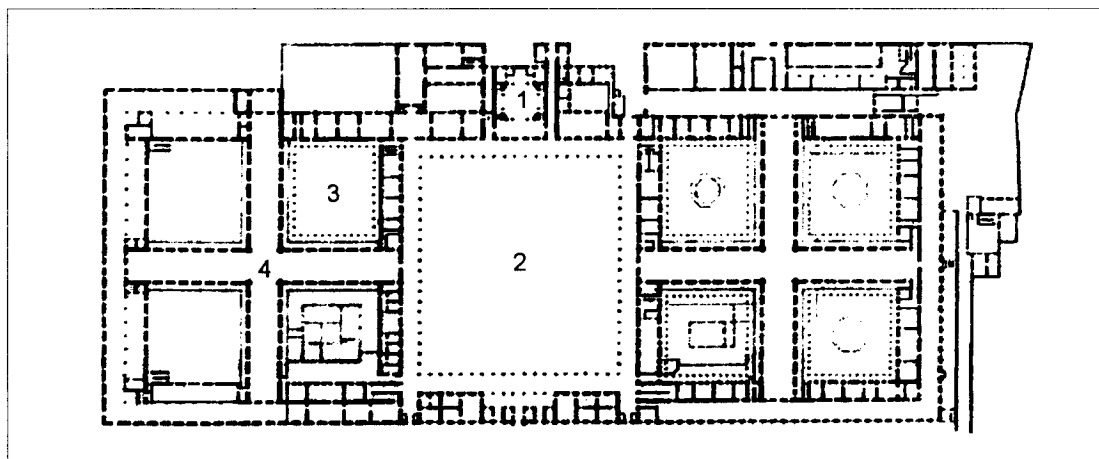


Hospital de Santa María
la Nuova, Florencia. 1286
Planta

1. Enfermería de mujeres
2. Enfermería de hombres

Hospital Mayor de Milán
Antonio Averulino
(Filarete). 1456
Planta general

- 1. Iglesia
- 2. Patio central
- 3. Patios laterales
- 4. Enfermerías

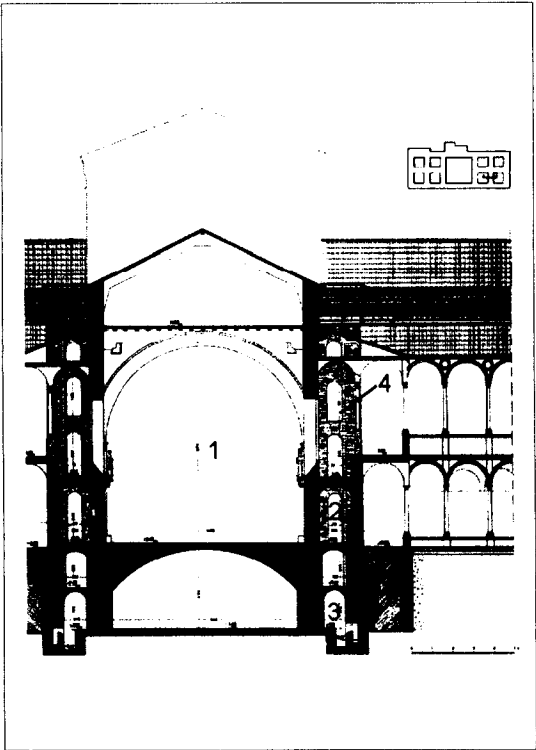


caridad. Este hospital renacentista se extendió por el sur de Europa en su forma ideal, debida a un arquitecto y teórico al servicio del Duque de Milán. Para su Ospedale Maggiore, Filarete propuso un tipo de edificio rotundo, que estaba destinado a durar siglos, el hospital católico de planta de cruz, un modelo que sirvió para los mejores edificios españoles del siglo XVI. El hospital de Milán sorprende por su innovadora construcción y su incorporación de dispositivos higiénicos. Con él se inauguraba una tradición que ha durado hasta hoy, la del hospital como edificio que destaca por sus novedades, como arquitectura de la técnica de vanguardia.

Las grandes transformaciones urbanas del barroco contaron con el hospital como una de las instituciones representativas del Estado absolutista, y el proyecto de este establecimiento de albergue hubo de ceñirse a los planteamientos estéticos y constructivos de la arquitectura monumental. La novedad de este periodo la constituyó el intento de una creciente especialización, si bien contemplada desde el punto de vista social más que médico; la enfermedad seguía entendida aún como castigo divino o como fenómeno natural frente al que poco podía hacerse. El hospital se hizo parte de la arquitectura institucional que garantizaba un orden social, y por eso mismo también lo representaba. Era en parte cuartel, con el tipo de edificio de largas naves alrededor de patios propio de la milicia, un edificio del orden jerárquico y que con frecuencia estaba destinado a los soldados, porque durante

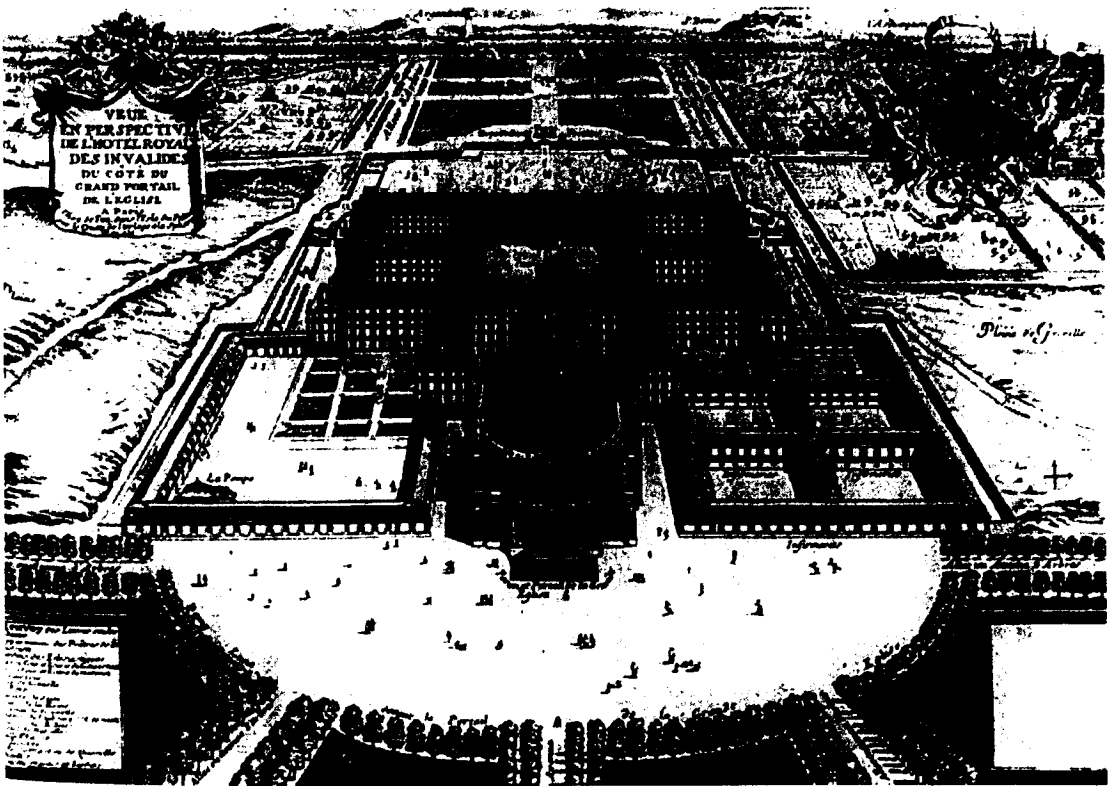
los siglos XVII y XVIII los ejércitos europeos produjeron numerosísimas bajas combatiendo entre sí. Era en parte palacio, porque tenía que representar al poder absoluto y su arquitectura debía ligarlo a los monumentos del pasado, aunque con un nuevo esplendor. Así se levantaron los grandes hospitales urbanos, los hospitales de Inválidos, para soldados ancianos e incapacitados; los de Incurables, para afectados de enfermedades venéreas; los de Inocentes, para dementes; y sus paralelos, las primeras prisiones, las primeras inclusas y demás instituciones de la sociedad barroca. Sus fachadas lujosas contenían el cajón de sastre de la sociedad en donde se confinaba en régimen carcelario a una población marginal desatendida. Las descripciones del cirujano francés Tenon, uno de los primeros protagonistas de esta historia y de quien se hablará más adelante, sobre la situación de los hospitales a finales del siglo dieciocho dan cuenta del estado deficitario en que se encontraban, dependientes de unas donaciones privadas que no siempre llegaban. La situación no había cambiado mucho con respecto a un cuarto de milenio antes, cuando el humanista español Luis Vives los había descrito en su obra *El auxilio de los pobres* como una amalgama heterogénea de pobres jóvenes y viejos, inválidos y no inválidos, los dementes, los imbéciles, los epilépticos, los ciegos y todo tipo de incurables. Pero la contribución de los ilustrados era más optimista, como reflejó el filántropo británico John Howard, contemporáneo de Tenon, en su Relato de los principales lazaretos de Europa.

A lo largo de los siglos diecisiete y dieciocho se hizo un gran esfuerzo para modernizar los establecimientos asistenciales, en cuya evolución tuvo particular importancia la contribución de los proyectos para hospitales militares. Eran edificios más utilitarios y más sencillos debido en parte a que los enfermos tratados en los hospitales del ejército eran todos varones, y a que la mayor parte de los actos médicos realizados en campaña se reducían a pocas clases de intervención; si se quiere, a poner parches y cortar piernas de los heridos de guerra. Así que con frecuencia los proyectos eran mucho más simples que los de unos hospitales generales en los que se reunía todo tipo de indigentes y enfermedades. Los hospitales militares eran edificios ordenados y austeros. Por esa razón y por otras pudo extraerse de ellos alguna lección esencial sobre la materia, como la organización sanitaria por barracones independientes y especializados que se empezó a tomar en consideración en los últimos decenios del setecientos.

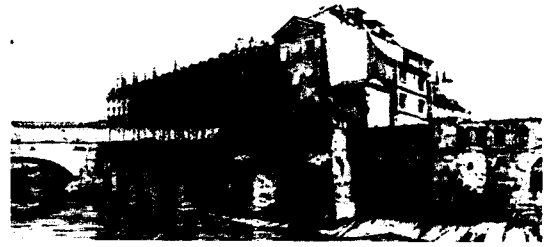


Sección

- 1. Nave de enfermería
- 2. Letrinas
- 3. Colector general
- 4. Conductos de ventilación



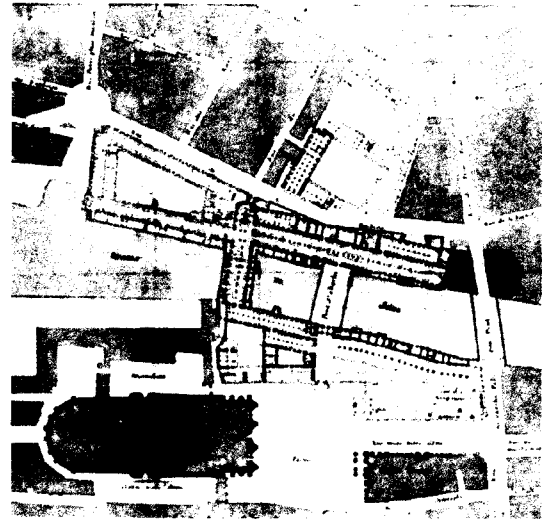
*Hospital de los
Inválidos, París
Libéral Bruant & Jules
Hardouin-Mansart, 1670
Vista*



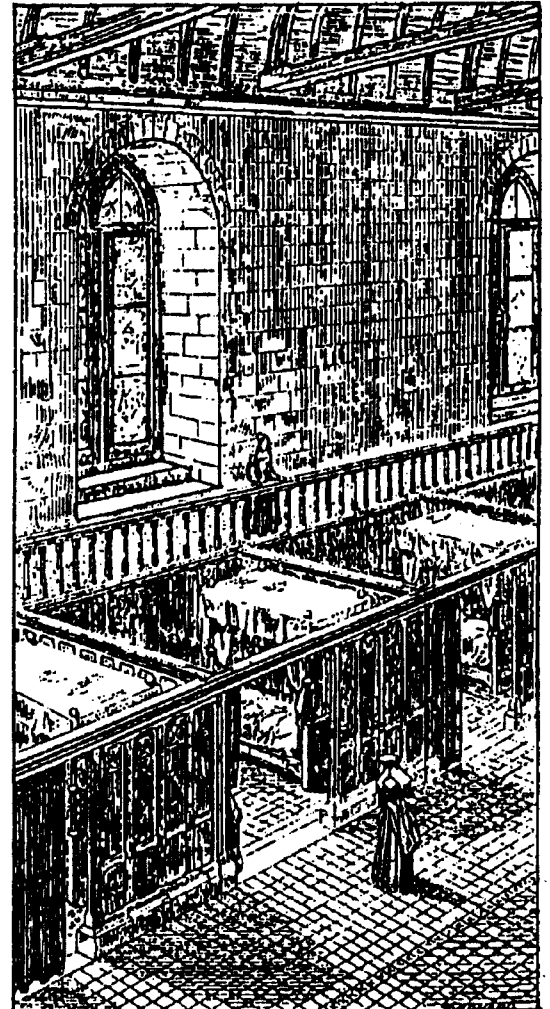
*Hôtel-Dieu, París
Hacia 1750
Planta general*

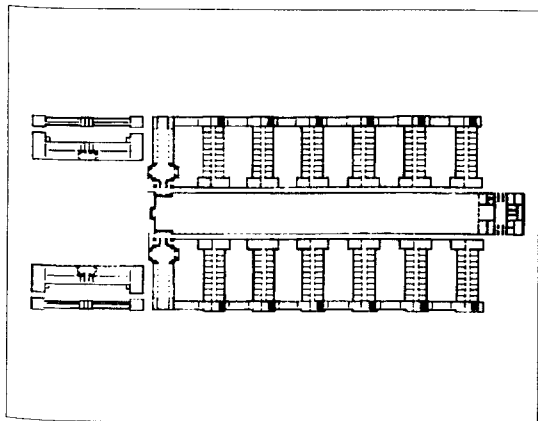
1.- El hospital ilustrado

Al final del siglo de las luces sucedió un acontecimiento cuyas consecuencias acabarían por cambiar el concepto y la razón de ser de los hospitales. Con el incendio de una vieja institución, suceso sólo relativamente importante en sí mismo porque afectaba al hospital de la catedral de París, se desencadenó un proceso sin precedentes de estudio y de proyecto, que pretendía no sólo reconstruir el hospital sino indagar para qué servía el Hôtel-Dieu y a qué modelo debía responder el hospital de los nuevos tiempos. El incendio destruyó un viejo hospital gótico, un edificio de la más vieja tradición cristiana y caritativa que con el tiempo se había convertido en un edificio monstruoso. La aglomeración de naves y la mezcla de sus contenidos constituía una degeneración del tipo original de hospital; algo parecido a lo que sucede hoy, salvando distancias, en los hospitales saturados y remendados de nuestro siglo. Pero era un hospital en funcionamiento; a pesar de la crisis de las órdenes religiosas en Francia, las órdenes hospitalarias mantenían la aceptación de los tres Estados. Y en cuanto a su motivación caritativa y religiosa, hay que recordar que junto al hospital se celebraban permanentemente procesiones y actos de piedad popular en la plaza de Notre Dame. Precisamente por su importancia para la ciudad, la reconstrucción del hospital de la Catedral dio origen a un proceso de pensamiento en que médicos y arquitectos hubieron de replantear todo, empezando por la función social de la medicina y del alojamiento de todo tipo de enfermos. Al conocimiento de este proceso de conciencia médica y social contribuyó sobremanera el libro de Foucault, *La máquina de curar*. Allí se describe cómo a finales de diciembre de 1772 ardió el Hôtel-Dieu de París y cómo este episodio que podría haber dado lugar a un mero proyecto de reconstrucción, cosa que también hizo, abrió uno de los más importantes debates en la historia de la asistencia social, ocupando lo que quedaba de siglo con una multitud de manifiestos, tratados, reuniones y proyectos al respecto. La higiene y nuevas instalaciones y técnicas de construcción tendrían que ser incorporadas

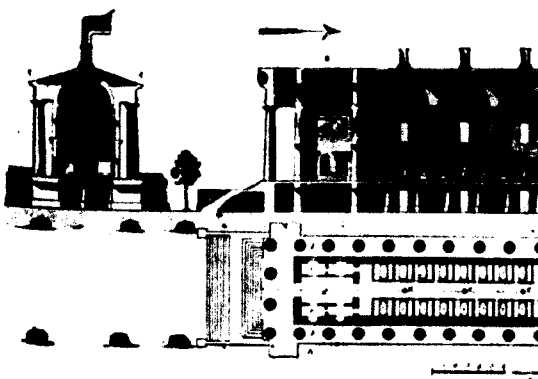


*Hôtel-Dieu
Tonerre, Francia
Interior medieval según
E.M. Viollet-le-Duc*

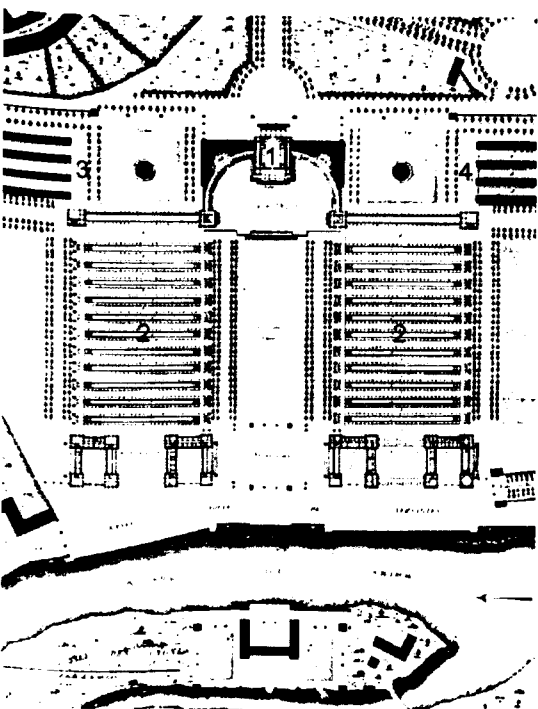




*Real Hospital Naval
de Greenwich, Londres
Christopher Wren, 1694
Planta general*



*Hôtel-Dieu, París
Jean Baptiste Leroy &
Charles Francois Viel, 1773
Nave de enfermería
Detalle de planta y sección*



Planta general

1. Iglesia
2. Enfermerías de medicina
3. Enfermerías de pestilentes
4. Enfermerías de cirugía

a partir de ese momento a los proyectos de hospitales para mejorar la salubridad y el ambiente en las salas de enfermería. Y aunque sería demasiado radical decir que los arquitectos se limitaron por entonces a la ideación formal de los complejos sanitarios, lo cierto es que su diseño corrió fundamentalmente a cargo de los médicos, los ingenieros civiles y militares, y los primeros industriales.

La situación de los hospitales de París era tan lamentable como para ser el principal tema de conversación de los ilustrados de la corte parisina por una temporada y el incendio del Hôtel-Dieu la puso en candelero. Tras el desastre se supo que repartidos entre las 2000 camas de enfermería había cerca de 5000 enfermos, que entre los moribundos de una sala que a su vez constituía el único paso hacia cocina y sótano estaban los convalecientes y los heridos, y que junto a ella se hallaba la misma sala de operaciones, tan oscura que durante el día tenía que operarse a la luz de las velas, y también el depósito de cadáveres que se almacenaban durante largo tiempo, despidiendo un olor insoportable. Se podría decir que tan sólo las numerosas procesiones de ataúdes permitían llevar la cuenta de los ingresos: por cada cuatro sanados había una caja de pino, y eso si no se decidía aprovechar la proximidad del Sena para deshacerse de los cadáveres. Con esas noticias y otras muchas parecidas comenzaba a alumbrarse la relación entre la falta de higiene y la enfermedad. Es verdad que el Hôtel-Dieu era un hospital ya anticuado y mucho más desfasado que los hospitales barrocos de París, como La Salpêtrière o La Charité, pero fue el que desencadenó la polémica.

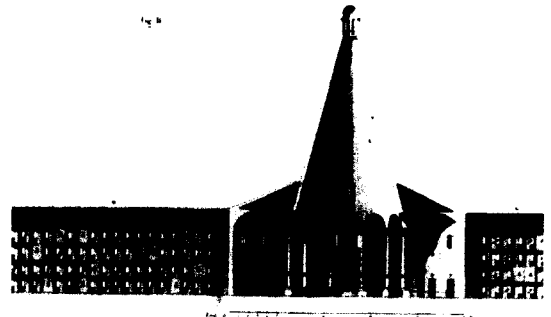
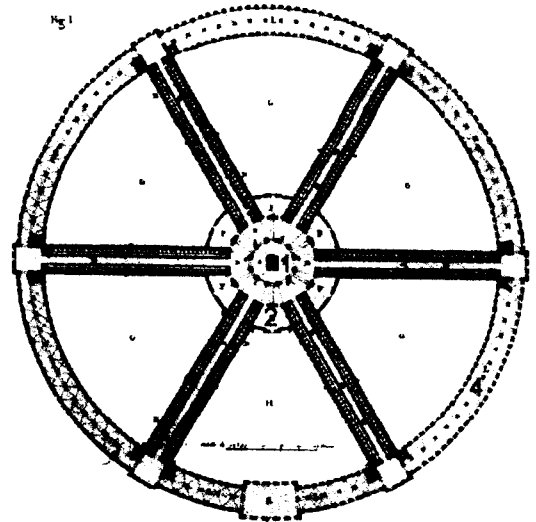
La reconstrucción del Hôtel-Dieu suscitaba multitud de preguntas sobre el concepto y el tipo de hospital adecuado. Aunque fuera el hospital de la catedral, ¿por qué no se llevaba esa construcción pestilente a las afueras de la ciudad?. Y si había tanta necesidad, ¿no sería mejor fragmentar el hospital en establecimientos más pequeños y controlables?. ¿No sería más recomendable gastar el dinero en la enseñanza de nuevos hábitos

Planta general

1. Capilla-ventilador
2. Sala de los médicos
3. Enfermería
4. Peristilo

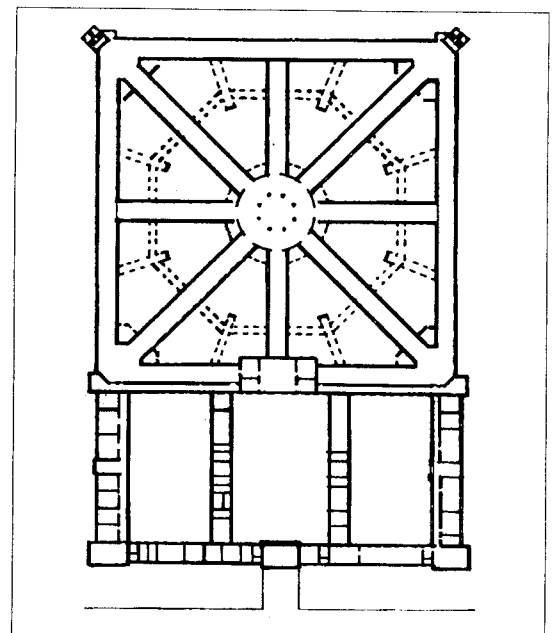
higiénicos?. Las primeras cuestiones dieron origen a un largo debate, y la última formulación, apoyada después en un mito republicano y regeneracionista, que hacía pensar que las buenas costumbres serían suficientes para lograr una salud total y que harían innecesaria la construcción de hospitales, se instalaría como un precepto durante los años de la revolución francesa. La discusión no encontró nuevos prototipos satisfactorios hasta mucho después, y la nueva arquitectura de los hospitales tuvo que esperar más de medio siglo para definirse. La cuestión higienista por su parte se reorientó, y también hacia la segunda mitad del siglo diecinueve dio lugar al nacimiento de la política de prevención de la enfermedad, para la cual el Estado se encargaría de crear la figura del médico funcionario, de hacer obligatoria la vacunación y de llevar a cabo campañas de información sobre las enfermedades de mayor trascendencia social.

*Hôtel-Dieu, París
Antoine Petit, 1774
Sección*



*Hospital Ideal
Antoine Desgodets
Finales del s. XVII
Planta general*

Apenas sofocado el incendio, en 1773, el científico Jean Baptiste Leroy ya tenía preparado el proyecto de reconstrucción, aunque no lo hizo público hasta cuatro años después. Para elaborar la descripción gráfica del nuevo hospital había contado con el apoyo del arquitecto Charles Francois Viel. Leroy conocía de cerca y admiraba el octogenario Hospital Naval de Greenwich en Londres, obra de Christopher Wren, así que lo tomó como modelo para su proyecto, y adoptó su esquema simétrico de naves seriadas en paralelo y comunicadas entre sí por corredores que enmarcaban un patio central presidido por la capilla de oración. En su propuesta se hacía distinción entre las salas de medicina y cirugía y las de infecciosos, que debían estar aisladas del conjunto principal. Como entonces se consideraba que el principal causante de la mortandad hospitalaria era la falta de ventilación, sobre la que se estaban publicando numerosos libros, el científico redujo su propuesta a una sola planta y diseñó una solución seriada de chimeneas a lo largo de las salas de enfermería, que debían ser como máquinas para tratar a los enfermos. Así que aparecen juntos el modelo militar de naves separadas y la idea de una arquitectura útil y técnica.



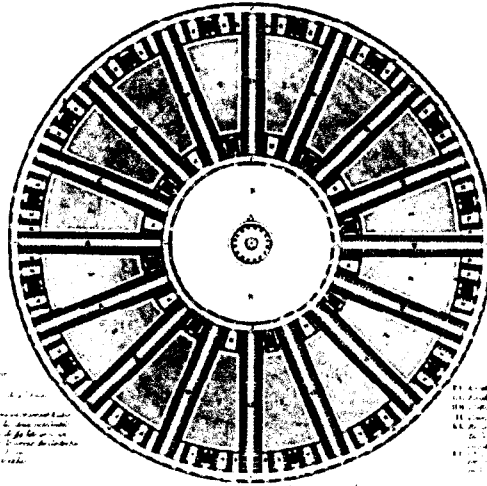
Planta general

- A. Capilla
- B. Patio central
- C. Galería de servicio
- D. Enfermería de 84 camas
- E. Enfermería de 12 camas

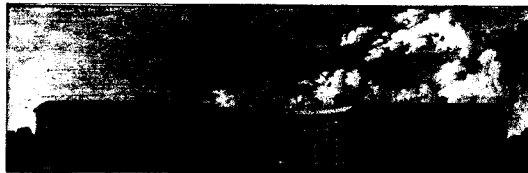
La Administración de la Casa de Dios parisina ya había sugerido antes del incendio su traslado a un lugar menos céntrico, e insistió después, cosa que contempló Leroy y que volvió a hacer uno de los cirujanos de plantilla del viejo hospital, Antoine Petit. Petit extrapoló al conjunto del hospital la frase memorable de Leroy; el edificio entero debía ser una máquina de ventilar, y la planta de su proyecto se ceñía de un modo gráfico a esa idea: una gigantesca rueda de seis radios alrededor de un templete, cuya cúpula adoptaba la forma de una inmensa chimenea de ventilación que habría de succionar el aire viciado del conjunto. Las salas de enfermería ocupaban los radios de la rueda y actuaban como grandes conductos de ventilación dentro de los cuales se introducía una estructura matricial de nichos-cama. El anillo de perímetro se reservaba para el deambulatorio de paseo de los convalecientes, en planta baja, y para el alojamiento del personal, en la superior. El proyecto iluminista de Petit estaba seguramente inspirado en la propuesta ideal de hospital en planta de estrella de ocho puntas que había planteado Antoine Desgodets cien años antes. Ésta, a su vez, era una consecuencia razonable del hospital en planta de cruz si de lo que se trataba era del aumento de su capacidad, por superposición de dos cruces giradas cuarenta y cinco grados.

El proyecto de los arquitectos Bernard Poyet y Claude-Philippe Coquéau se diseñó sobre la misma noción de panóptico tan seductora para los arquitectos del XVIII. El centro de la rueda de Poyet y Coquéau era una réplica casi literal del conjunto del arquitecto Bramante para San Pietro in Montorio, obra que no se había podido completar con la construcción del patio circular que debía rodear al templete. Desde ese centro ideal bramantino irradiaban apretadamente dieciséis radios para enfermería. Su capacidad de camas se completaba, hasta alcanzar las cinco mil, con otras salas dispuestas en el anillo perimetral y volcadas hacia los patios interiores. Poyet, como Petit, volvía así a una arquitectura de modelos ideales y de formas simbólicas y geométricas. Pero el hospital había perdido ya

PLAN GÉNÉRAL DU PREMIER ÉTAGE DE L'HÔTEL-DIEU, projet par le P. Poyet, et par le P. Coquéau, de l'année 1785.



Hôtel-Dieu, Paris
Bernard Poyet &
Claude-Philippe Coquéau
1785
Alzado y sección



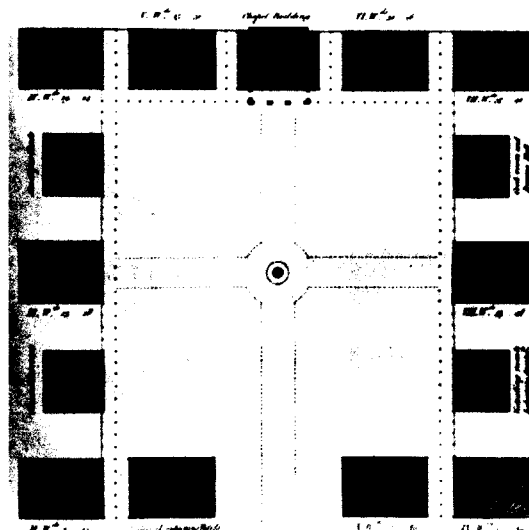
Proyecto de embellecimiento
de París por D'Enlil, 1788
En el centro a la izquierda,
proyecto de Poyet para Hôtel-
Dieu

*Real Hospital de la
Marina de Stonehouse
Plymouth, Inglaterra
Rowhead, 1756-64
Planta general y vista*

su aura de gran arquitectura, enredado en demasiados problemas prácticos y urgentes. La geometría concéntrica de los ilustrados ya no tenía sentido, y el hospital no necesitaba un centro magnífico con cúpula como los templos o los palacios.

Cuando Luis XVI recibió la propuesta del arquitecto real Poyet, se entusiasmó ante la posibilidad de ver construido en París un nuevo Coliseo y lo envió a evaluación de la Academia de Ciencias. El informe desfavorable no tardó en llegar a manos del Rey. Se hacían numerosas objeciones: a la capacidad descomunal del hospital y de sus salas de enfermería, a que se hiciese distinción entre los enfermos pobres y los de pago, que no debían tener cabida en una institución de la beneficencia, a que por el contrario no se hiciese distinción entre los enfermos de medicina general, los infecciosos y los dementes, y a la escasa ventilación que iban a proporcionar unos patios tan estrechos.

En su lugar la Academia sugería que el hospital se fraccionase en cuatro hospitales que debían estar situados en los puntos cardinales de la ciudad para mayor eficacia, con una capacidad cada uno de 1200 camas, cifra tomada posiblemente del Hospital de Stonehouse, cerca de Plymouth, otro admirado hospital, realizado por Rowehead por encargo de la marina británica a mitad del setecientos. Asimismo se sugería no utilizar disposiciones en plantas de cruz o estrella, y elaborar una propuesta de planta afín a la presentada por Leroy, que finalmente se había leído en la Academia en 1777. Dicha propuesta se mejoraría reduciendo la capacidad de las salas de enfermería, a treinta y seis camas. Además se utilizaría una solución de ventilación más natural, a través de grandes ventanales dispuestos en las fachadas más largas de las naves en lugar de la batería de chimeneas que había propuesto Leroy. Así los edificios podrían ser de dos o tres pisos, no más; pero para asegurar la entrada de aire y sol sería necesario contar con una mayor distancia de separación entre las naves. Aparecieron pues algunas de las características de los hospitales de los próximos doscientos años.

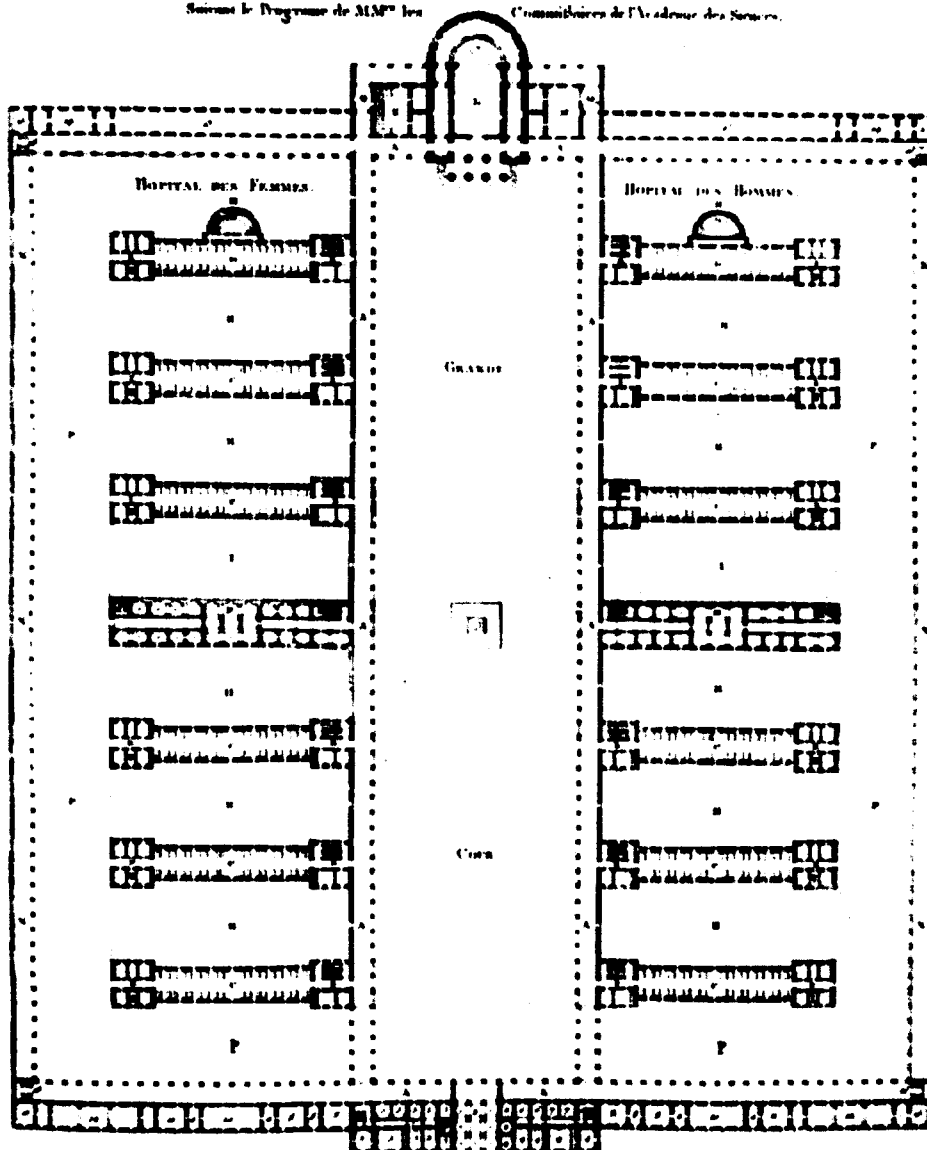


El cirujano J. R. Tenon recogió todos esos datos y formuló, después de dos anteproyectos y valiéndose de la ayuda de Poyet, la propuesta definitiva de la Academia en 1788 en un texto repleto de estadísticas y comentarios sobre la organización asistencial, *Mémoires sur les hôpitaux a Paris*, extraordinariamente informado y divulgado a lo largo de los primeros tres cuartos del siglo diecinueve. El curso de la historia dejó este proyecto en suspense durante sesenta años, momento en que volvió a retomarse de forma casi literal para la construcción del Hospital Lariboisière. Mientras tanto el Hôtel-Dieu se reedificó casi de la misma forma que tenía antes del incendio. A la espera del cambio, funcionó la inercia, como suele suceder.

Hôtel-Dieu, Paris
Proyecto de la Academia de
Ciencias, por J.R. Tenon & B.
Poyet, 1787
Planta general

PLAN D'UN HOPITAL.
Fait par le S^r POYET ARCHITECTE DU ROY ET DE LA
VILLE.

Suivant le Programme de MM^{rs} les
Conseillers de l'Académie des Sciences.



- A. Soportales de conexión entre los edificios
- B. Cuerpo de entrada a la enfermería (escaleras, baños y almacén)
- C. Enfermería de 36 camas
- D. Enfermería quirúrgica y anfiteatro de operaciones
- E. Cuerpo de cierre de la enfermería (leñera, letrinas,...)
- F. En planta baja cocina, despensa y lavadero; en planta primera comedores de monjas y mujeres de servicio; arriba, su alojamiento
- G. En planta baja boticario, farmacia y almacén; en planta primera comedores de padres y hombres de servicio; arriba, su alojamiento
- H. Paseo descubierto
- I. Patio de la cocina y la botica
- K. Anfiteatro anatómico
- L. Capilla
- M. Mortuario
- N. Hangares
- O. Pasaje al cementerio
- P. Corredor de aislamiento del hospital

*Dibujo sobre la
Revolución francesa:
El populacho invade la
Convención Real*



*La Revolución francesa y el nacimiento de
la clínica. Reorganización de la sanidad*

La enajenación de los bienes del clero por parte del Estado en 1789, y la reunión de Estados generales en 1790 señalaron el comienzo de la Revolución francesa, que desembocó en la instauración de la República en 1792. Como consecuencia de la disolución de las órdenes religiosas se provocó una reducción drástica del personal asistencial, curas, monjas y cofrades en su mayoría, que obligó al cierre de los hospitales más pequeños y a la concentración de asilados en grandes establecimientos. Tras el golpe de Estado del 18 Brumario, 9 de Noviembre de 1799, Napoleón promulgó la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano, que presuponía una serie de deberes para con la Nación y la contrapartida de corrección de las

desigualdades por intervención del Estado. Apartada la Iglesia por un tiempo de sus cometidos asistenciales, la medicina comenzó a librarse de contenidos sobrenaturales que no habían hecho mucho en su favor. En esta nueva edad de la Razón la higiene y la ciencia fueron ganando terreno a la oración, y llegó a erradicarse por completo la concepción humoral de la medicina, que tenía como únicos aliados terapéuticos a la sanguijuela, la purga, las ventosas y el rosario.

Hacia 1750 Morgagni había establecido la relación entre enfermedad y órganos dañados, al comparar los de ajusticiados sanos con los de fallecidos por enfermedades. Poco después Von Plenciz declaró categóricamente que las enfermedades las causaban los minúsculos animales vistos con el microscopio de Leeuwenhoek, un pañero holandés aficionado a la

ciencia que había merecido el honor de ser nombrado a principios del siglo dieciocho miembro de la exclusiva Royal Society de Londres. En 1796 Jenner descubrió que los daños por contagio de la viruela podían evitarse con la inoculación de la viruela vacuna, de donde proviene el término vacunación. A principios del XIX los médicos comenzaron a oír y a palpar a sus pacientes para determinar sus diagnósticos, y comenzaron a cambiar la pregunta, convencional por entonces, ¿Qué tiene usted? por otra más incisiva: ¿Dónde le duele a usted? Laënnec introdujo la técnica de la auscultación después de observar cómo los toneleros oían el contenido de líquido de los barriles, e inventó el estetoscopio. Su contemporáneo Alibert comenzó a establecer una nomenclatura médica extraída de los términos químicos. Con las terminaciones en *osis* designó formas generales de alteración; en *itis*, las irritaciones de los tejidos; en *rea*, los derrames, etc. La enfermedad estaba empezando a combatirse a la luz de la razón y la medicina comenzaba a ser una ciencia.

Las reformas de Napoleón llevaron a un nuevo proyecto de Europa, que se reorganizó territorialmente sobre presupuestos económico-administrativos. El hombre pasó de ser criatura de Dios a ser ciudadano; pero para la democracia censataria muchos hombres eran una fuerza de trabajo que convenía mantener y cuidar. Los Estados comenzaron a organizar esquemas sanitarios sobre las nuevas estructuras territoriales y se iniciaron el control estadístico y la sanidad preventiva, y también se estableció un sistema de control de las epidemias a través de las aduanas. Las diputaciones provinciales y los ayuntamientos hicieron frente, según las posibilidades económicas de cada región, a la construcción y al mantenimiento de unos equipamientos asistenciales claramente diferenciados según su contenido social o sanitario.

A la vez se reglamentaron las profesiones sanitarias y se crearon los colegios profesionales para su control. Surgió una nueva figura fundamental en el terreno de la prevención: el médico funcionario. Su competencia

educativa en cuestiones de higiene y su responsabilidad como vigilante de salud en las ciudades debían producir una reducción de los casos hospitalarios, casos perdidos en un porcentaje demasiado elevado. Con esta medida quizás se lograría, se pensaba, la erradicación de la enfermedad. En el camino hacia esa meta la nueva familia regulada por el código napoleónico era el mejor entorno para un enfermo no grave, un seguro de atención y cuidados. El Estado imponía esa obligación a su nueva unidad celular y se esperaba que en poco tiempo los hospitales dejarían de existir.

Una vez garantizada la seguridad de la población a lo largo de fronteras nacionales los cascos urbanos antiguos comenzaron a deshacerse de sus murallas, lo que dio lugar a una dispersión desmedida de los arrabales; y la otra revolución, la industrial, empezó a provocar el hacinamiento de las clases bajas en las ciudades. Las consecuencias en materia de salud y epidemias se hicieron más alarmantes que nunca, y las disciplinas sociales y el urbanismo de la limpieza se volcaron entonces en la higiene como objetivo prioritario. Esa preocupación se tradujo algo más tarde en grandes obras de infraestructura, como el trazado de amplias avenidas, nuevas redes de saneamiento y acometida de instalaciones a pie de solar, y en estudios sobre el soleamiento y la aireación de los edificios y las calles. A medida que se consolidaban las teorías de los higienistas surgían más partidarios de situar los equipamientos asistenciales fuera de la ciudad, ya fuera porque estos se considerasen focos de infección, porque con el desarrollo de la industria las ciudades fueran lugares emponzoñados, o porque el suelo de las ciudades se había vuelto un bien de mercado precioso e inaccesible para los establecimientos sanitarios, edificios extraordinariamente extensos según la teoría del aislamiento. Los cementerios y, en menor grado, los asilos y hospitales comenzaron a alejarse del centro, pero dirigiendo involuntariamente hacia ellos un crecimiento de los suburbios que no llegó a ordenarse mediante planificaciones urbanísticas hasta a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

Plano de París en 1853
por E. Texier
Arriba, junto a la
Estación del Norte, el
hospital Lariboisière



2.- El hospital de las enfermeras

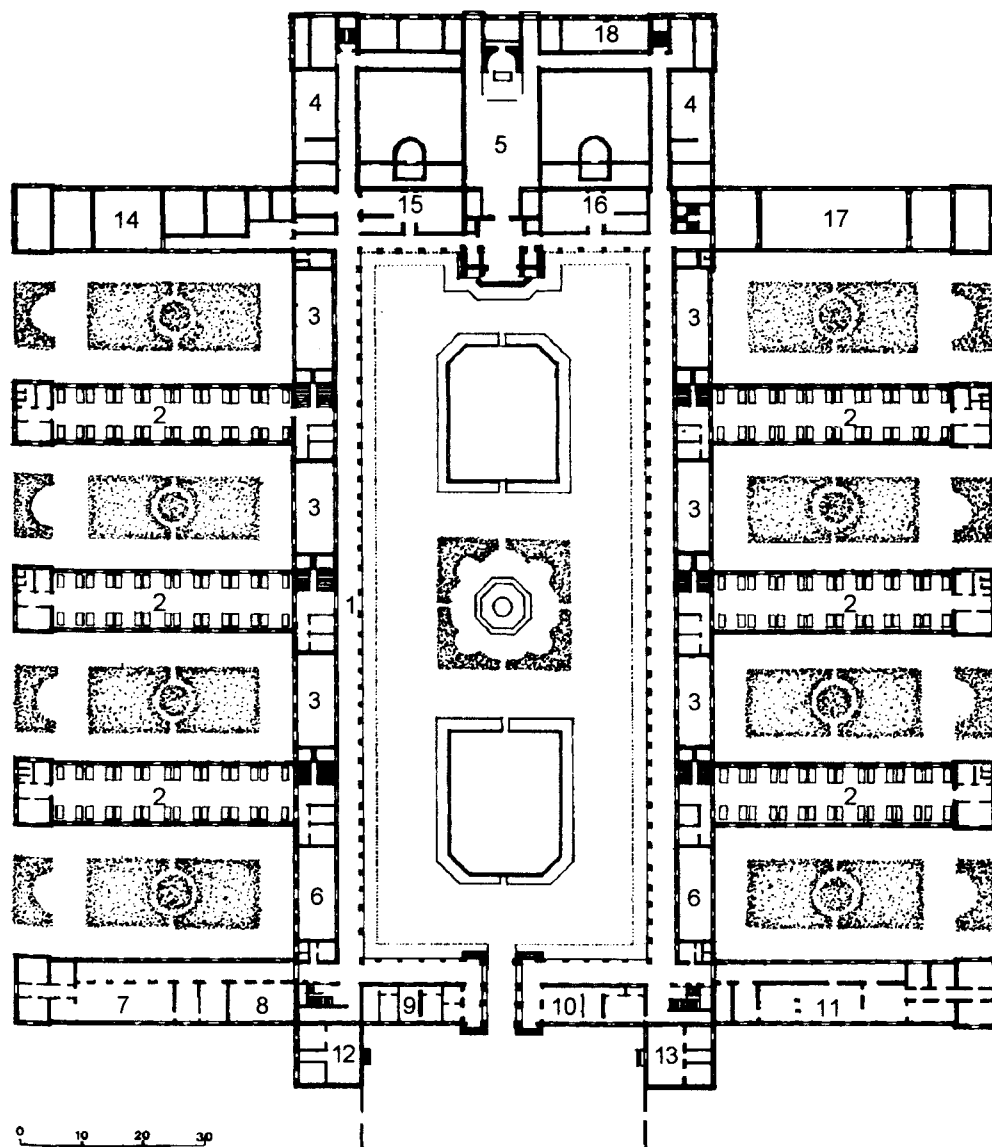
En 1848, año en que el barón Haussmann puso en marcha la transformación radical de París, comenzó a construirse el Hospital Lariboisière. El Plan de París nació de la experiencia de los defectos de la ciudad industrial, y gracias a los técnicos e higienistas, pues todavía las discusiones de los arquitectos se centraban en la elección de estilos, despreciando la industria y sus productos. Afortunadamente llegaron las primeras leyes de Sanidad, que fueron las bases de la legislación urbanística contemporánea. El caso de París constituye la primera ocasión en que se planteó y se llevó a la práctica el problema de un plan regulador para una ciudad moderna, en paralelo con el nuevo orden económico.

El emplazamiento del Hospital Lariboisière dentro de la nueva estructura viaria de París no pudo ser más

conveniente, en Barbè Rochechouart, entre las rondas Magenta y de la Chapelle, y pegado al solar destinado para la construcción de la Gare du Nord, que haría acto de presencia unos años más tarde. Y aunque no se puede pensar que la elección del lugar tuviera el mismo sentido estratégico en cuanto a accesibilidad que el necesario para planificar un gran hospital contemporáneo, lo cierto es que esa elección correspondía a una demanda básica de buena comunicación que se ha ido haciendo imprescindible a medida que el hospital se ha convertido, con las estaciones y los aeropuertos, en uno de los edificios que acoge a un número mayor de usuarios y pide una mayor accesibilidad.

Las viejas creencias y teorías de los miasmas y el escaso grado de especialización médica de finales del dieciocho habían hecho que el espacio de la enfermería fuera el único responsable de la forma de unos hospitales para los que la prioridad fundamental era asegurar

*Hospital Lariboisière, París
M.P. Gauthier. 1848-1954
Planta general*



1. Soportales de conexión entre los edificios
2. Enfermería de 32 camas
3. Comedor de pacientes
4. Anfiteatro de operaciones
5. Iglesia
6. Biblioteca
7. Cocina
8. Comedor de personal
9. Portería

10. Administración
11. Farmacia
12. Clínica
13. Médicos
14. Almacén y residencia de monjas
15. Baños de mujeres
16. Baños de hombres
17. Lavandería
18. Mortuario

las mejores condiciones de ventilación y soleamiento en las salas de enfermería. Esas creencias habían llevado a los miembros de la Comisión Real francesa de finales del siglo dieciocho a fijar unas alturas de los edificios en relación con la anchura de los patios y jardines de separación, y un cubicaje de aire por superficie en planta, tal como sesenta años más tarde comenzaba a regularse por las primeras normas urbanísticas para la construcción de edificios en París.

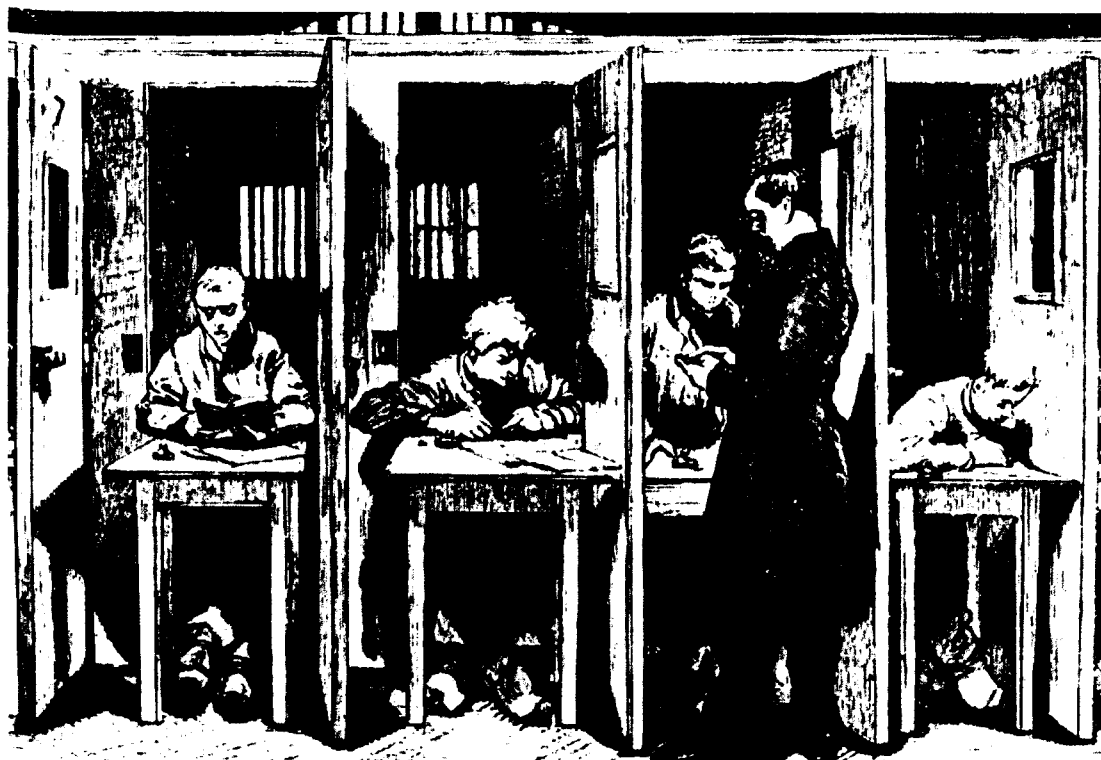
La construcción del Hospital Lariboisière, obra de M. P. Gauthier, fue un reflejo fiel del proyecto presentado por la Academia de Francia en la víspera de la revolución, aunque con una capacidad de camas algo reducida y un mayor tamaño de los jardines. Incluso se respetó la disposición presidencial de la capilla, pues, a pesar de la turbulencia política desatada por la Revolución francesa, se había vuelto a pedir el socorro gratuito a las órdenes religiosas. Este edificio fue banco de pruebas de los numerosos sistemas de calefacción y ventilación que comenzaba a desarrollar una industria incipiente, con la que los planificadores y el personal de los hospitales iban a entablar una relación cada vez más íntima. Este nuevo hospital formado por un conjunto seriado y lineal de naves independientes, soleadas y bien aireadas, a las que se denominó pabellones en alusión a las ligeras estructuras militares que las originaron, sustituyó de inmediato como modelo de referencia en el área mediterránea al monolito palaciego propuesto por Filarete para el Hospital de Milán cuatro siglos antes. El nuevo modelo se desarrolló en una edad de oro para la construcción de hospitales. Durante lo que quedaba de siglo tuvo lugar un espectacular avance de las ciencias médicas que, unido al también espectacular desarrollo de la industria, propició la construcción masiva de hospitales. En ellos, levantados en su mayoría según el nuevo tipo de pabellones, la medicina general comenzó a fraccionarse aceleradamente en un conjunto de disciplinas especializadas, proceso que ha continuado desarrollándose y demandando nuevos proyectos de hospital a un ritmo cada vez mayor.

Florence Nightingale



Florence Nightingale y la guerra de Crimea

La tipología de pabellones se impuso para todas las construcciones asistenciales, desde las prisiones hasta las escuelas, si bien las instalaciones más sofisticadas sólo se introdujeron en los establecimientos sanitarios. La preocupación por reglamentar todas las actividades humanas, característica de ese periodo, también llegó a los hospitales; y en ese terreno la enfermería, profesión cuyas labores se estaban definiendo, tuvo un papel protagonista. Los países de la órbita protestante mantuvieron el liderazgo de esa actividad en sus comienzos profesionales, pues carecían del sostén caritativo de las órdenes religiosas y se veían obligados a contratar un personal sustituto que cuidase de sus enfermos. A partir de la Reforma protestante la atención asistencial se había nutrido de personajes dignos de los más oscuros relatos de Dickens, extraídos de los mismos establecimientos en los que iban a trabajar. El Reformismo, un movimiento que apareció a finales del siglo dieciocho en defensa de una relativa justicia social, iba a desviar



Dibujo sobre la enseñanza en una cárcel para menores, a mediados del s. XIX

esa función de asistencia a las capas acomodadas de la sociedad, e integrar en ella, aunque fuera a título honorífico en la mayor parte de casos, a la realeza y a la aristocracia.

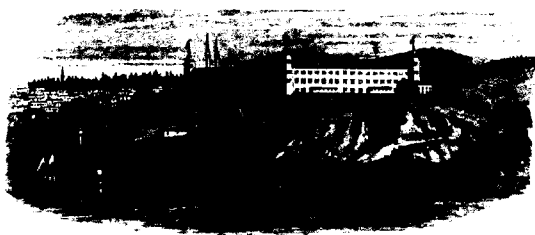
Hacia 1834 el pastor protestante alemán Teodor Fliedner fundó una escuela hospital donde se impartía enseñanza teórica y práctica de enfermería, de tres años de duración, que se dio a conocer como la Escuela Hospital de Diaconisas de Kaiserwerth y llegó a contar con doscientas camas. El propio Fliedner se encargó de difundir su experiencia enviando a algunas de sus pupilas a lugares tan dispares como Pittsburgh, Constantinopla, Beirut o Alejandría. La preparación de aquellas debía ser excepcional, pues produjo un recorrido inverso hacia la pequeña localidad alemana de mujeres en busca de conocimientos. La misma Florence Nightingale acudió a realizar un cursillo de cuatro meses en 1851, poco antes de hacerse mundialmente famosa. En 1840 Elizabeth Fry fundó en Inglaterra la Sociedad de Hermanas Protestantes de

la Caridad. La preparación sanitaria de esta agrupación altruista que dejaba ver en su denominación una influencia católica y que se especializó en atención domiciliaria, era fundamentalmente práctica, adquirida en las enfermerías del Guy's Hospital de Londres.

El Reformismo había abierto el debate sobre la situación de las clases menos favorecidas, y tanto Fry como Fliedner habían participado activamente y a título personal en la resolución de los problemas de falta de escolarización de los pobres, de la situación de las cárceles o de las pésimas condiciones de la vivienda obrera. El año de fundación de la escuela de diaconisas, el británico Edwin Chadwick había formulado una enmienda a la Ley de Pobres, consistente en esencia en agrupar los pequeños hospitales y asilos parroquiales en grandes complejos asistenciales. Su intención era, como la de sus contemporáneos alemán y británica, mejorar las condiciones miserables de los indigentes, pues no se ponía en duda la relación que ligaba a la enfermedad con el analfabetismo, la pobreza y la delin-

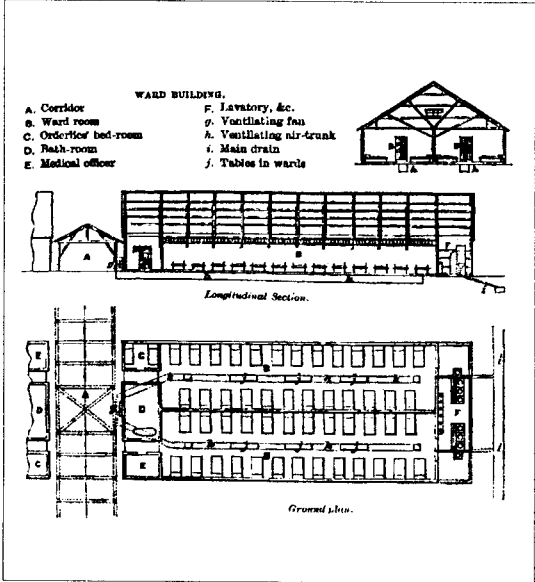
*Cuartel-hospital de
Scutari, Turquía*

cuencia. Esa enmienda se aprobó de inmediato, pero tuvo un efecto contraproducente, pues las prostitutas, los niños abandonados, los alcohólicos, los jornaleros en paro y los moribundos se veían de nuevo encerrados en la misma jaula. Por un momento la evolución lógica de la asistencia hacia la especialización había dado marcha atrás, aunque no por mucho tiempo, porque el crecimiento disparado de los suburbios en condiciones de infravivienda y la industria aún no reglamentada habían sido causantes de epidemias y accidentes laborales que volvieron rápidamente a sacar a la calle a locos, preñadas, niños y enfermos crónicos.

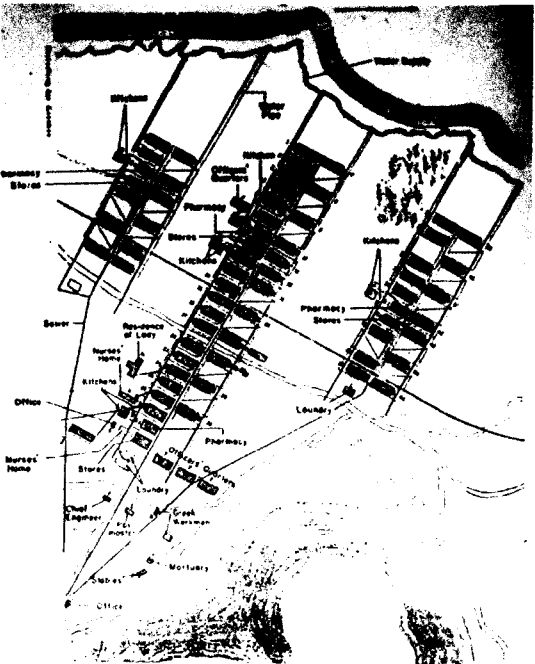


*Hospital de Campaña
Renkioi, Turquía
Isambard Brunel, 1855
Planta y secciones
de un barracón*

Aunque Nightingale comprendía la lucha de sus antecesores a favor de la justicia social, pensaba que los asuntos debían tratarse uno por uno, y ella lo hizo en el terreno exclusivo de la enfermería. A su vuelta de la escuela hospital de Kaiserswerth, se convirtió en superintendente del hospital para Damas Inválidas, de Londres. El año siguiente, en 1854, estalló la guerra de Crimea, y el secretario de Guerra británico le pidió que se hiciera cargo de la enfermería del cuartel de Scutari (Turquía), retaguardia del ejército. Las condiciones antihigiénicas de esa antigua fortificación, por debajo de la cual circulaba una cloaca abierta en varios tramos, habían provocado una epidemia de cólera. Para mayor desgracia de los heridos de guerra, todo el edificio se había reconvertido en hospital, con hileras de camas kilométricas y un índice de mortandad, según midió la propia Nightingale, del 42%. Entre amputación y sangrado, los médicos recibieron con desagrado la visita de Nightingale y sus treinta y ocho enfermeras, y en principio sólo les permitieron ocuparse de la cocina y la lavandería. Pero en poco tiempo la dama de la vela, como la llamaban por su costumbre de pasearse de noche, candelabro en mano, atendiendo enfermos y gobernando a las enfermeras, se había hecho con el hospital.



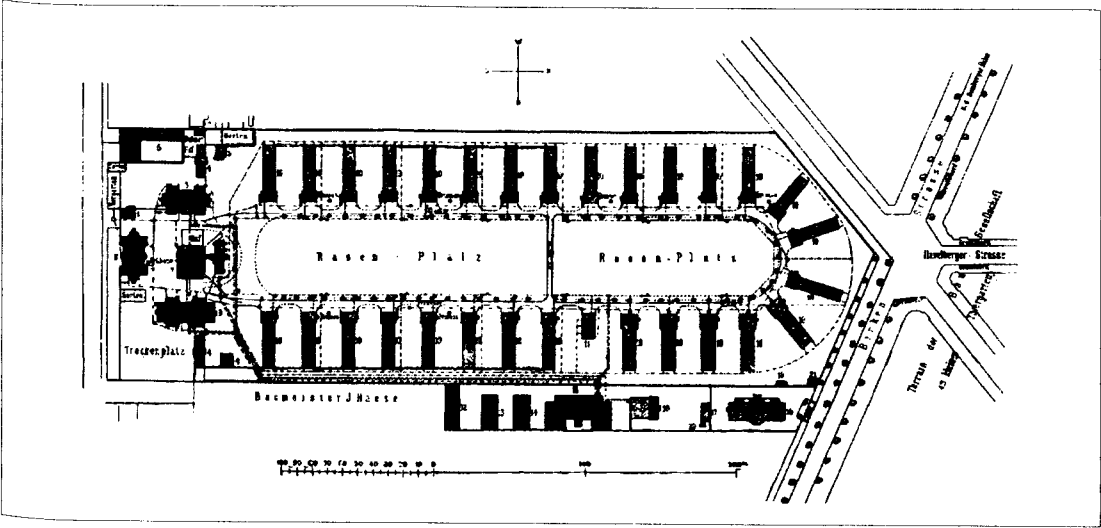
Planta general



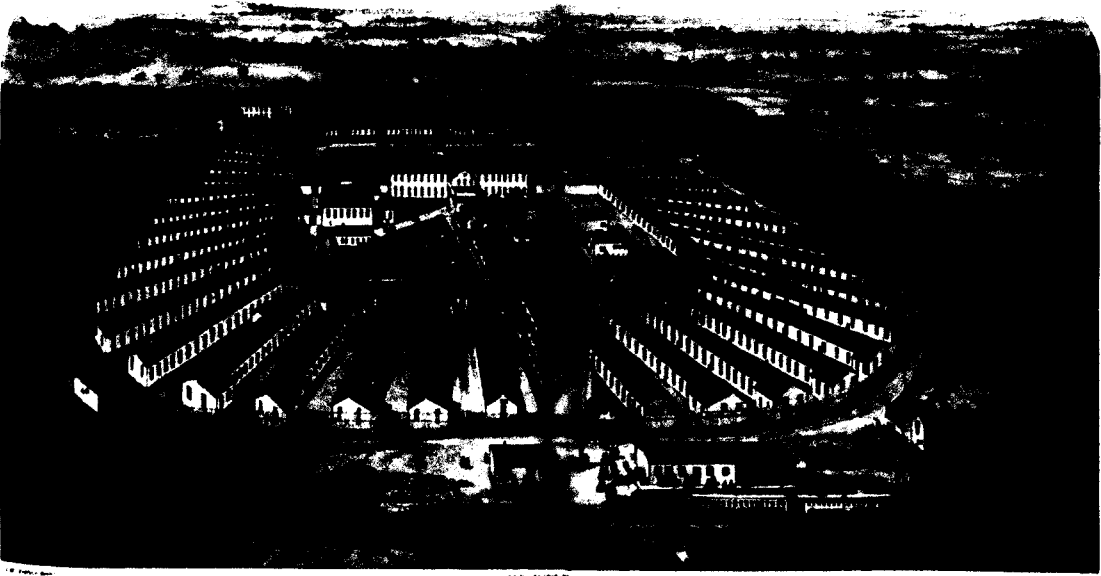
Nightingale adoptó como principales medidas el sellado de la cloaca y una limpieza escrupulosa de las salas, los enseres, los heridos y enfermos y el personal sanitario. Esa labor se reveló mucho más eficaz que la

de unos médicos, aún profanos en las prácticas anti-sépticas que estaba ensayando Lister en esa época. El índice de mortandad en el cuartel de Scutari se había reducido al 2,2%, cifra similar a la de su admirado vecino, el hospital de campaña en la playa de Renkioi, una pequeña población de la costa turca. Allí, el ingeniero civil Isambard Brunel había levantado otro hospital para las tropas británicas. Como se trataba de una

instalación que iba a desmontarse en cuanto acabase la guerra, debía ser económica y de fácil montaje. Se propuso una solución de barracas prefabricadas con capacidad para cincuenta camas cada una, comunicadas entre sí por medio de un corredor cubierto, según un trazado en espina de pez. En el extremo opuesto a la entrada de cada cabaña se situaron las letrinas, enganchadas a un colector general de drenaje. Las cabañas



*Hospital de Moabit
Berlin, 1872
Planta general.*



*Hospital General Mower
Filadelfia, 1865
Vista*

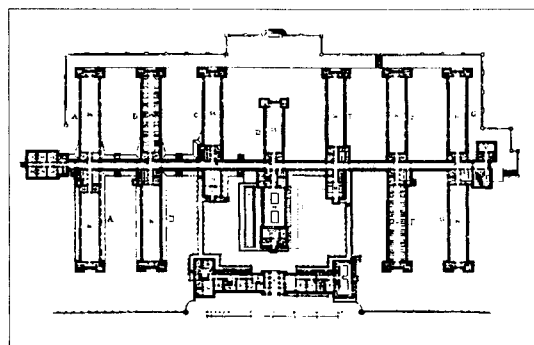
de madera eran tan ligeras que podían apoyarse directamente, sin necesidad de cimientos, sobre cualquier tipo de terreno, que en este caso era una playa de arena. Inmediatamente debajo de los aleros de cubierta corría una hilera de ventanas de lado a lado. Como suplemento que aseguraba una buena renovación del aire se instaló a la entrada de las cabañas un ventilador que impulsaba el aire a través de conductos enterrados, con salidas bajo unas mesas situadas entre las filas de camas. La construcción del hospital fue tan rápida que en menos de dos meses estaban instalados trescientos enfermos, y en ocho, acogía a 1500. Brunel había proyectado además un sistema de transporte dentro del hospital, con carretillas a lo largo del corredor de casi medio kilómetro, pero antes de llegar a construirse se había firmado la paz.

*Hospital militar Herbert,
Woolwich, Inglaterra
Douglas Galton
1859-1864
Planta general*

El planteamiento de barracas se adaptó con ligeras variaciones en la guerra de secesión norteamericana y en la franco-prusiana. Se imponía una propuesta de prefabricación para estos casos, y el ingeniero Tollet patentó un primer sistema para las instalaciones del ejército francés, que no llegó a adoptarlo, pero que

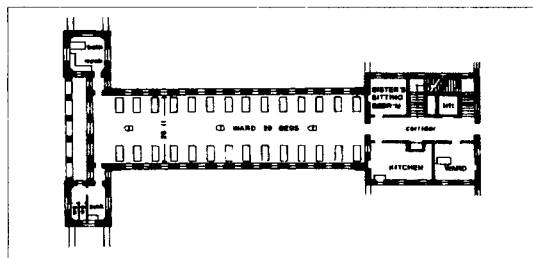
sirvió para la construcción de una gran cantidad de hospitales en toda Europa. Si el Hospital Lariboisière era el modelo a seguir en los núcleos de población, este otro más paisajista se impuso para la construcción de los hospitales suburbanos.

La guerra de Crimea fue para Nightingale lo que el Hôtel-Dieu para Tenon. Pero afortunadamente el contexto era distinto y la labor de divulgación de la dama de la vela obtuvo una respuesta inmediata en la Inglaterra floreciente de la reina Victoria. De vuelta a su país, esta inglesa que por accidente había nacido en Florencia, publicó *Notes on Hospitals* y *Notes on*



Vista





*Hospital de Saint Thomas
Londres. Henry Currey, 1871
Planta de enfermería
Nightingale*

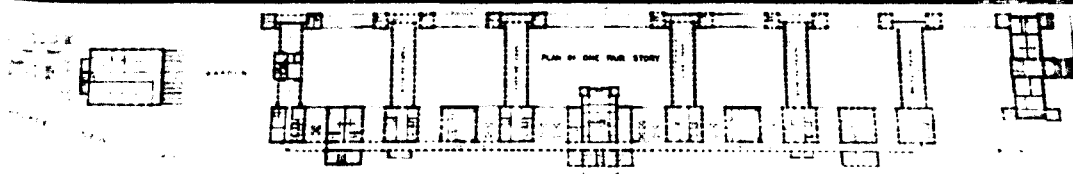
Nursing. La fama que había ganado en Crimea y en sus numerosas publicaciones le brindó la ocasión de supervisar los proyectos para el Hospital Herbert en Woolwich, construido entre 1861 y 1865, y para el Hospital de St. Thomas en Londres, de 1871.

El hospital militar Herbert, diseñado por el capitán Douglas Galton, era el primer hospital de gran tamaño, seiscientas cincuenta camas, construido en Inglaterra según el tipo de pabellones, y, a decir de Nightingale, el modelo para los diseños del futuro. El esquema general de su planta, en espina de pez, recuerda la disposición ensayada por Brunel en su conjunto de barracas junto a Renkioi, pero aquí debía cambiarse el criterio de rapidez por el de durabilidad, y se eligió adornarlo al estilo italiano, tal como se había resuelto en el Hospital Lariboisière y como iba a mantenerse en una gran proporción de los hospitales del siglo diecinueve. Las distancias entre pabellones, su construcción y sus acabados establecieron un prototipo que iba a repetirse durante muchos años, consagrando su famosa *enfermería Nightingale*.

Cuando comenzaba a construirse ese hospital en Woolwich, el viejo Saint Thomas, una gran enfermería medieval que había perdurado durante medio milenio, tuvo que demolerse pues era necesario acometer la construcción del tramo de ferrocarril que iba a enlazar el apeadero del Puente de Londres con Charing Cross. El nuevo hospital de seiscientas camas debía construirse en un estrecho solar extendido a lo largo de la orilla más arrabalera del Támesis, enfrente del edificio del Parlamento, y no cabría la solución modélica del Herbert o, si se prefiere, de su progenitor el Lariboisière. El arquitecto Henry Currey propuso a Nightingale una solución demediada: se aprovechaba la longitud del solar para un desarrollo en peine, de bloques a lo largo de un corredor de 300 metros. Los bloques, con tres plantas de enfermería, dejaban entre sí un generoso espacio de 40 metros, para asegurar el sol y el aire fresco. En el mismo lugar Nightingale pudo establecer su escuela de enfermeras, que se asoció desde entonces a los grandes complejos hospitalarios que darían cabida a la enseñanza de las ciencias médicas.



Vista y planta general



A detailed technical drawing of a steam locomotive, showing the boiler, wheels, and various mechanical components. The drawing is a top-down or side view, illustrating the complex machinery of the engine. It includes the boiler, smokestack, wheels, and various mechanical parts like the pistons and connecting rods. The drawing is oriented horizontally, with the locomotive facing right.

[illegible]

Por esos años se desarrollaron algunos diseños alternativos a la enfermería Nightingale en nuevos proyectos de hospitales, como las enfermerías de planta circular del hospital John Hopkins en Baltimore, de 1876, del hospital Stuiwemberg en Amberes, de 1878, y de la Royal Infirmary en Liverpool, de 1887. Pero ninguna de ellas pudo comparar su éxito con el de la diseñada por Nightingale.

3.- El hospital de la medicina moderna

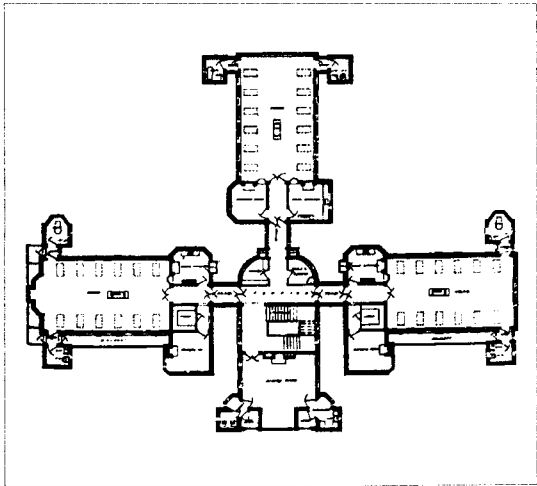
En el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Londres en 1881, en el que participaron científicos de talla como Louis Pasteur, se presentó la nueva teoría de los gérmenes: las bacterias eran los agentes de las enfermedades. Si lo que se decía era cierto, el problema de garantizar una extraordinaria ventilación se terminaba. Y también a partir de ese momento la enfermería comenzó a dejar de ser el único espacio generador del diseño de los hospitales. La nueva teoría iba a iniciar una nueva forma de plantear los hospitales, para los que el pabellón de enfermería iba a perder peso a favor de la zona clínica. La investigación bacteriológica, la radiología o la nueva cirugía requerían apropiarse de un espacio del hospital que daba cada vez mayor importancia a la separación entre lo séptico y lo aseptico.

En los albores del siglo veinte comenzaron a aparecer de una forma significativa nuevos hospitales especializados, de ojos, de oídos, de tórax, del cáncer, ortopédicos y demás, en general de propiedad privada y financiados por contribuciones voluntarias, a los que se tendió a llamar clínicas o institutos para diferenciarlos de los hospitales generales. Al fundar una de esas clínicas los médicos podían granjearse un reconocimiento y asegurarse una clientela selecta sin la necesidad de competir por un puesto de importancia en los hospitales generales, con los que establecían conciertos de servicio para hacerse con la práctica de las nuevas técnicas. A medida que los especialistas se incorporaron, el hospital general se fragmentó en pequeñas clínicas independien-

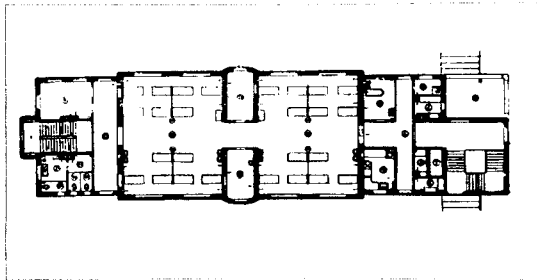
Hospital Pediátrico Belgrave
Kennington, Londres
1900-1903



Primera planta



Rigshospital
Copenhague, 1910
Planta de enfermería



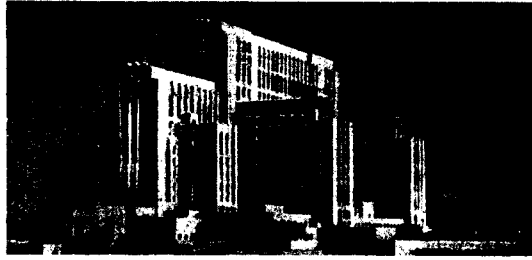
tes, cada una con sus enfermerías, consultas, quirófanos, laboratorios, salas de rayos X y zonas de espera, y se incrementó la relación con los técnicos y fabricantes de los nuevos equipos médicos. La investigación y la docencia se constituyeron como finalidades fundamentales, y llegaron a definir los criterios de selección de pacientes que aseguraran una buena formación a los estudiantes de medicina. Por otra parte, la confianza en los avances de la medicina especializada comenzó a atraer a los enfermos de pago, que demandaban mayor intimidad y confort, lo que obligó a replantear la sala de enfermería sobre los requerimientos de privacidad de la arquitectura hotelera. Uno de los primeros ejemplos de esa nueva compartimentación se dio en el Rigshospital de Copenhague, en 1910: La enfermería se subdividió con mamparas en grupos de tres o cuatro camas, se incorporaron lavabos en las habitaciones y se giraron las camas 90° para que los pacientes pudieran distraerse con las vistas.

El hospital monobloque

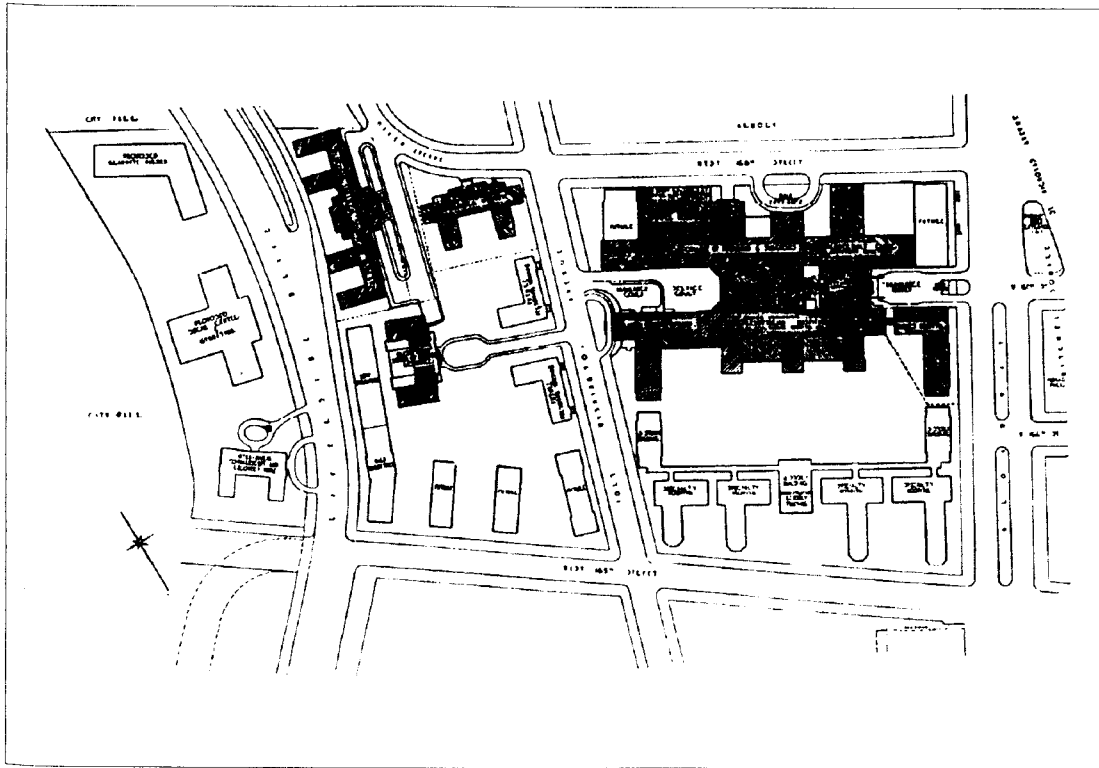
Para dar respuesta a las nuevas complejidad y cualificación del hospital de las especialidades era necesaria una transformación radical. Su diversidad funcional exigía la incorporación de un personal parasanitario que fue relegando paulatinamente a un segundo plano a las congregaciones devotas y religiosas de los países católicos y a las sociedades paralelas a aquellas en los protestantes, hasta entonces responsables de la gestión. Los grandes hospitales comenzaron a acusar la presión de una aglomeración inaudita: pacientes internos y externos, médicos especialistas, enfermeras, celadores, estudiantes, y todo el personal de apoyo. Los hospitales de pabellones estaban comenzando a caer en desuso como consecuencia de la introducción de la teoría de los gérmenes, y además se estaban quedando anticuados y faltos de espacio para incorporar las dotaciones que requerían los nuevos métodos antisépticos. Sus edificios

*Tower of Healing
Beresford Pite, 1904
Superposición de
salas de enfermería*

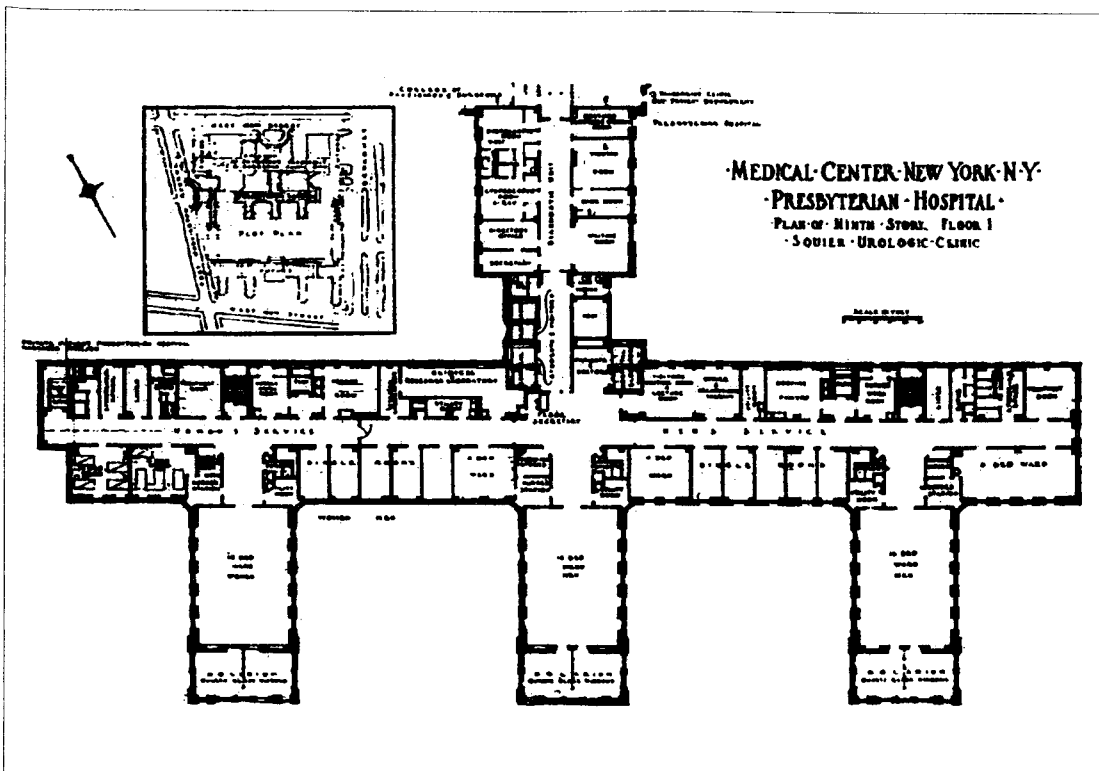




Hospital General de Distrito, Los Angeles. Allied Architects Association, 1932

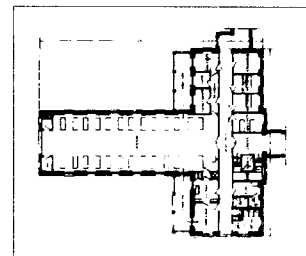


Centro Médico de Nueva York, EEUU James Gamble Rogers, 1928
Planta del complejo



Planta tipo del centro médico

*Propuesta teórica del
Dr. Goldwater para
hospital vertical, 1911
Planta*



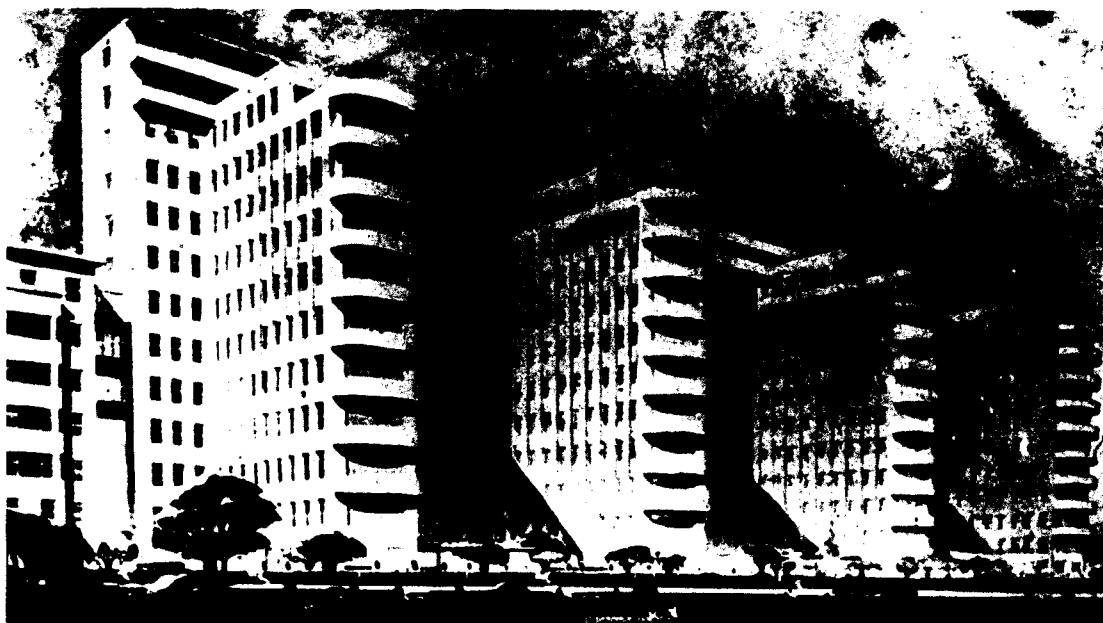
lineales se fueron deformando por grandes cuerpos anexos que hacían acto de presencia sobre los antiguos jardines de separación; sus corredores se volvieron laberínticos, interminables y demasiado estrechos para dar cabida a sus nuevos ocupantes.

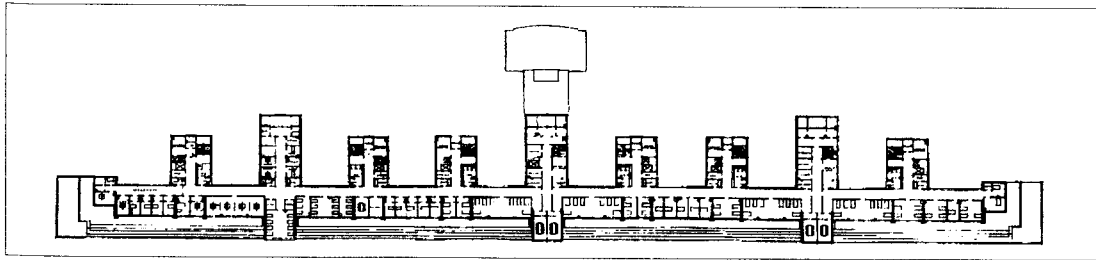
Se planteó entonces la posibilidad de construir el hospital como un bloque compacto, de recorridos menores, y de una mayor economía en lo referente a calefacción, alumbrado, limpieza y demás. A la posibilidad de mantener un ambiente aséptico se unió el desarrollo de las estructuras de acero y hormigón armado, y también el invento del ascensor, que permitía una superposición virtual de los pabellones de enfermería o de su descendiente, la unidad de enfermería con habitaciones privadas. La menor necesidad de terreno favorecía este tipo de hospital, de regreso al interior de las ciudades después de pasado el temor al contagio. Los diseñadores del hospital monobloque racionalizaron el desorden que había degradado al hospital de pabellones una vez que la ciencia clínica se asentó. Las plantas de los nuevos hospitales adoptaron las formas de T, H o Y, con los apéndices dedicados a la zona clínica mirando generalmente al norte, y el ala de hospitalización, al sur. El hospital se construyó por apilamiento de unas especialidades clínicas que mantenían su independencia funcional, aunque compartían

algunos servicios centrales, situados en la base algo más extensa del edificio.

Este nuevo tipo surgió en las ciudades de mayor densidad de población de los Estados Unidos, en general asociado a la fusión de clínicas especializadas y centros de investigación y docencia dependientes de las Universidades. Un ejemplo temprano y muy difundido fue el Columbia Presbyterian Medical Center en Nueva York, de 1928, un complejo de 1500 camas resultante de la agrupación de doce instituciones - escuelas, colegios, institutos, clínicas, hospitales y facultad- construido según proyecto de James Gamble Rogers. A éste le siguieron el New York Hospital Cornell Medical Center, con ocho entidades y 1000 camas, diseñado en 1932 por Coolidge, Shepley, Bulfinch y Abbott, y el Los Angeles County General Hospital, con 2444 camas y diseñado el mismo año por el estudio Allied Architects Association. El primer ejemplo europeo fue el influyente Hospital Beaujon en París, de 1932 y diseñado por Walter, Poulsey y Cassan con un cuerpo bajo de consultas y una torre de hospitalización caracterizada por las terrazas de planta semicircular que remataban las salas generales de enfermería y por la construcción aterrazada de sus últimas plantas, destinadas a los enfermos de tuberculosis.

*Hospital Beaujon, París
Walter, Poulsey y Cassan
1932-35*





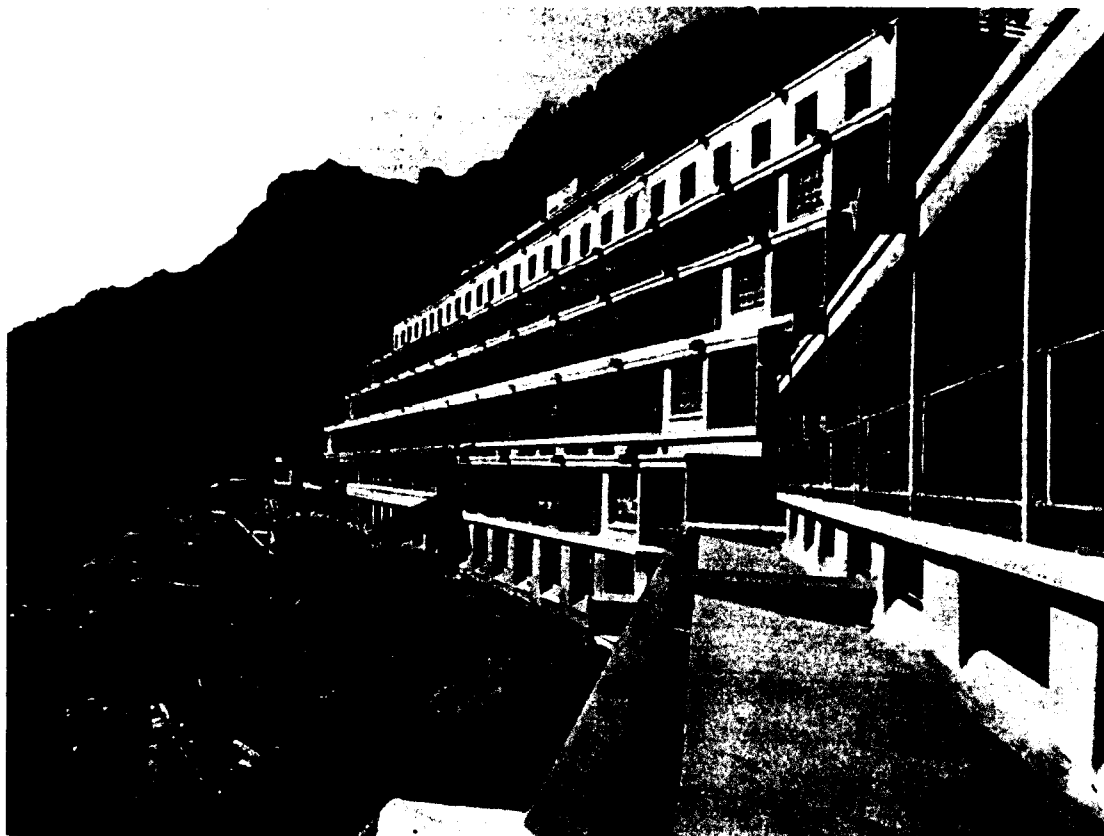
*Hospital de Colmar, Francia
M. Wetter. 1936
Planta tercera
(hospitalización)*

Los hospitales de los modernos

En 1901 el doctor suizo D. Sarasin, especialista en enfermedades del tórax, se hizo construir un hospital que añadía grandes superficies de terraza al espacio de la enfermería. Por entonces se entendía que la mejor cura para la tuberculosis, que llevaba décadas causando estragos en todos los países, era la vida al sol, el aire puro y la vegetación. El mito de la helioterapia alejó los sanatorios de los núcleos de población hacia la montaña, y llevó a los arquitectos a proyectar edificios lineales de crujía muy estrecha para garantizar la máxima exposición solar en su interior. Esta solución encontró su mejor momento en el periodo de entreguerras y hasta poco después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se empezaron a comercializar el PAS y la estreptomycin, y su acta de defunción con la aparición de la rifampicina, fármaco cuyo éxito obligó a reconvertir los sanatorios antituberculosos para otras actividades, por ejemplo, en



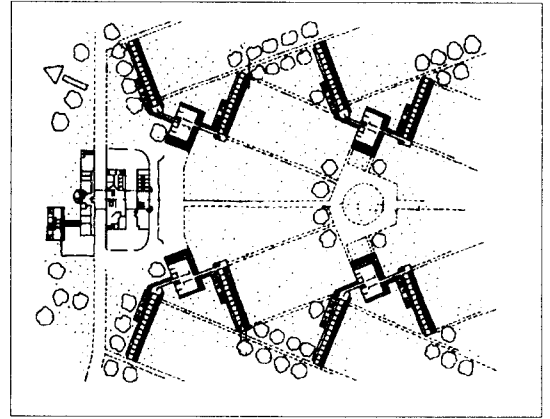
*Asilo para la maternidad
y la infancia, Berna
O.R. Salvisberg
Cunas al sol*



*Sanatorio Guébriant, Passy
Pol Abraham
& Henry Le Môme
1933*

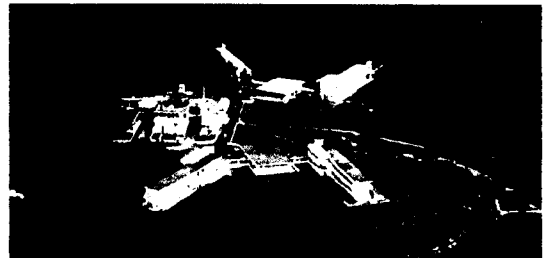
*Sanatorio de Zonnestraal
Hilversum
Johannes Duiker &
Bernard Bijvoet
1926-1931
Planta general*

hospitales de larga estancia. Pueden citarse como representantes de esa modalidad el Sanatorio Waiblingen en Stuttgart, construido en 1926 por Richard Döcker, y el sanatorio Guébriant en Passy, construido por Pol Abraham y Henry Le Môme en 1933. Los dos formaban parte a su vez de un subtipo muy común en Suiza y Alemania, conocido como Terrassenbau, cuya sección escalonada hacía evidente su función primordial.



Vista aérea

La higiene solar arraigó entre los arquitectos del movimiento moderno como una coartada perfecta para diseñar estructuras horizontales que debían parecer etéreas, y lo expresaban por medio de grandes vuelos y fachadas tensas de vidrio y revoco claro. Esa estrategia ayudaba a disolver la separación entre el interior y el exterior de los edificios. Se quería simular la vida al aire libre, en contacto permanente con la naturaleza. Esos planteamientos de Rousseau y Pestalozzi en pro de la felicidad trataron de llevarse a la práctica en casas, rascacielos, escuelas, oficinas, fábricas, hoteles, almacenes y hospitales. Pueden citarse algunos ejemplos famosos y coincidentes en fechas, como el Pabellón del Espíritu Nuevo de Le Corbusier en la Exposición de Artes Decorativas de París del año 25, la fábrica Van Nelle en Rotterdam, de Brinkman y Van der Vlugt, o el sanatorio de Zonnestraal en Hilversum, de Johannes Duiker y Bernard Bijvoet. Este sanatorio especializado en enfermedades oculares, promovido por el sindicato de trabajadores del diamante, estaba descompuesto en una serie de agrupaciones de baja altura, dispuestas en racimo y desparramadas por el terreno, de manera que no bloqueasen las vistas unas

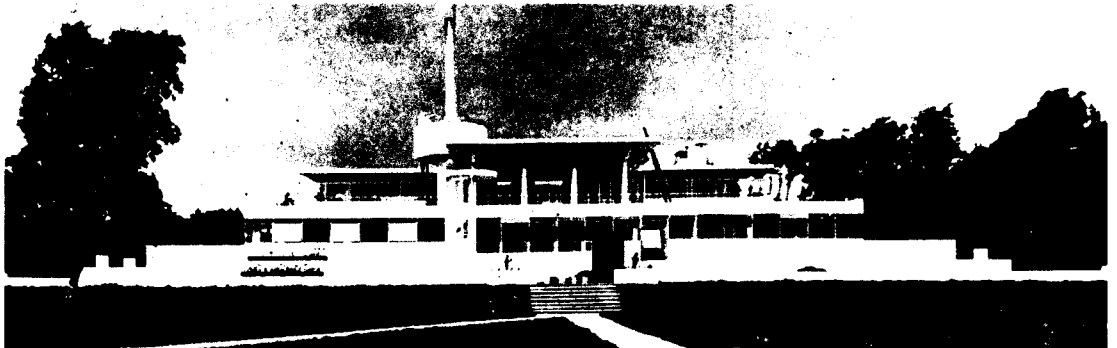


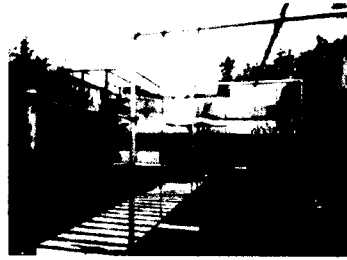
Planta de un edificio

estaba descompuesto en una serie de agrupaciones de baja altura, dispuestas en racimo y desparramadas por el terreno, de manera que no bloqueasen las vistas unas

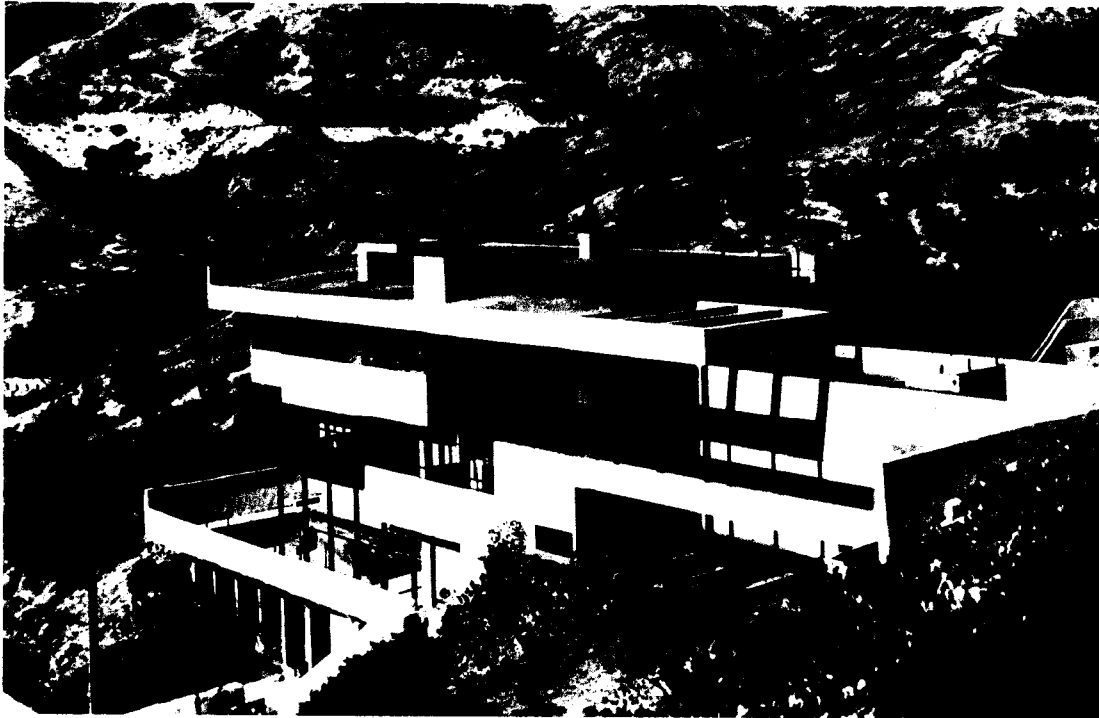


Vista general





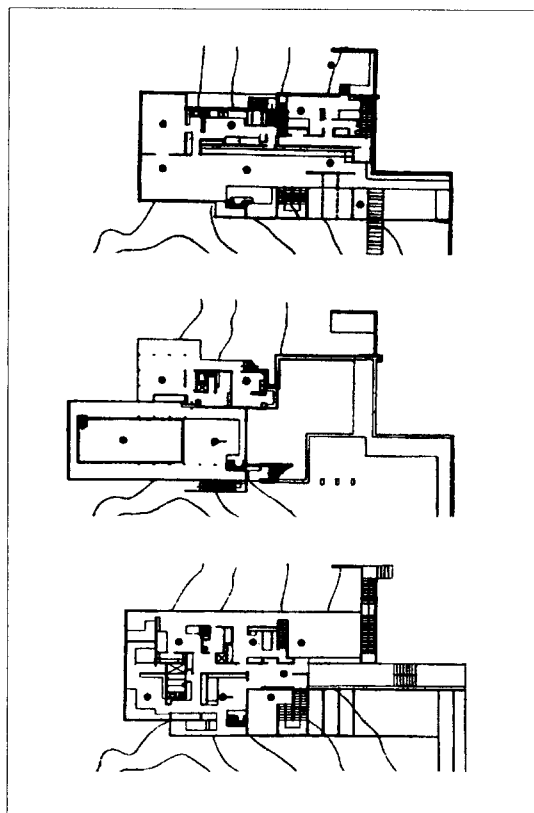
*Casa de Salud
del doctor Lovell
Los Angeles
Richard Neutra, 1927
Patio*



Vista general

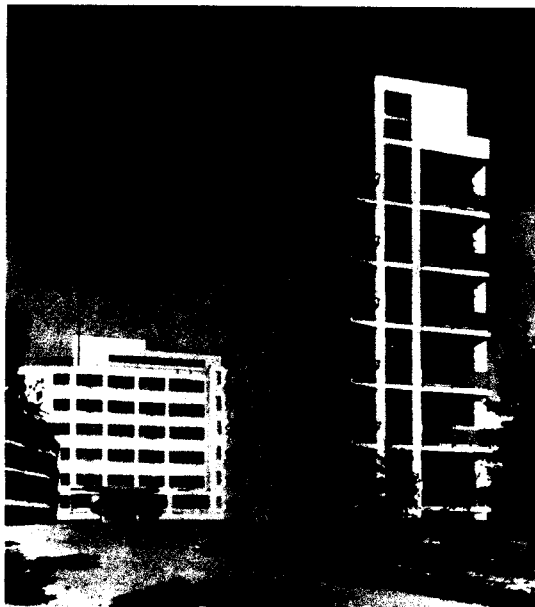
a las otras, y todas pudieran tomar el sol. Las formas y los acabados clínicos diseñados por los arquitectos holandeses según principios afines a los de la vanguardia soviética, pero más depurados, eran muy adecuados a su programa social.

El arquitecto austriaco Richard Neutra conocía bastante bien los últimos proyectos y obras europeos cuando el doctor Lovell le encomendó el diseño de una casa de reposo junto a Beverly Hills, en 1927. Desde su llegada a California el arquitecto vienés había trabajado con su compatriota Rudolf Schindler después de pasar por el estudio del veterano Frank Lloyd Wright, y esta estructura liviana y aterrazada que iba a catapultarle hacia el éxito era su primera obra en solitario. Lovell era uno de esos raros clientes que todo arquitecto ha soñado tener y que han logrado colocar dos de sus casas en la historia de la arquitectura. También era un personaje algo extravagante que dormía al aire libre y había hecho famosas sus teorías sobre salud e higiene por medios naturales desde su columna en Los Angeles Times y desde su prestigioso Centro de Cultura Física.



Plantas

Sanatorio de Paimio
Finlandia. Alvar Aalto
1929-1932
Vista general



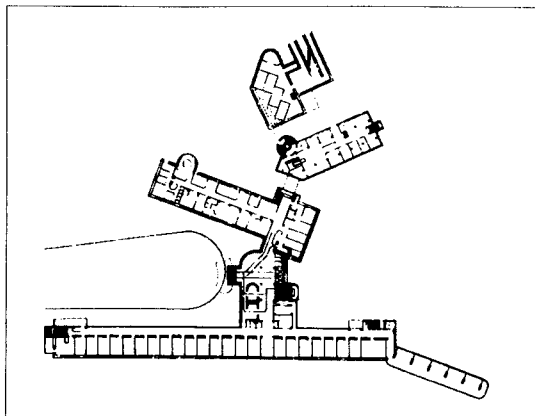
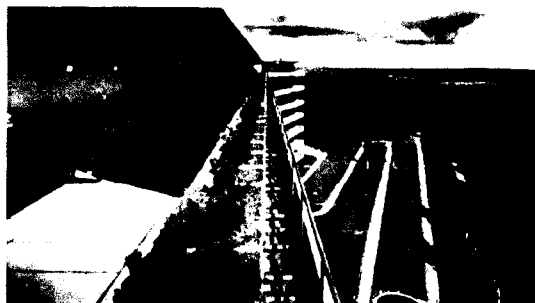
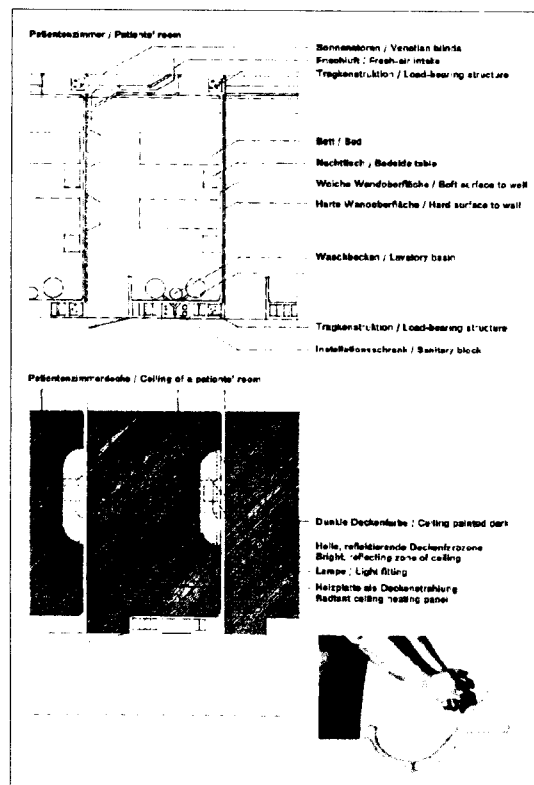
Terraza superior

Su idea era que una buena forma de vida garantizaba más salud y felicidad que la medicina. El mito de los ilustrados del siglo dieciocho sobre la futura desaparición de los hospitales había continuado creciendo, y ahora se encontraba en uno de sus mejores momentos, como se demuestra por el éxito que disfrutaban nuevas disciplinas como la fisioterapia, la inhaloterapia, la climatoterapia, la farmacoterapia y los baños terapéuticos, o la selección de la casa Lovell para *Ospedali*, una importante publicación realizada por Bruno Moretti y editada por Ulrico Hoepli en 1935, en la que se citaba como ejemplo de una nueva concepción de la medicina.

Planta general

Otro hito de la arquitectura de entreguerras fue el Sanatorio de Paimio, realizado entre 1929 y 1932 en un claro de bosque algo apartado de la minúscula villa que le dio nombre. En este sanatorio de 296 camas, que fue el mayor de Finlandia y debía servir a su capital y a otras ciudades cercanas, se adoptó la forma orgánica y desinhibida de las aldeas espontáneas de cualquier lugar, aunque también es inevitable aludir a su parecido con el sanatorio de Zonnestraal. Pero el hospital, además de higiénico, debía ser confortable. Las aspiraciones humanistas de Aalto estaban plas-

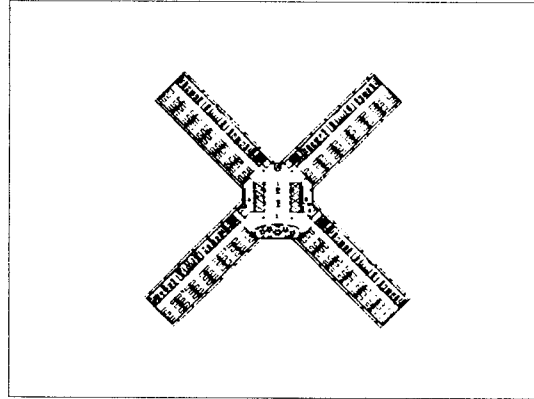
Planta de habitación
y detalles



madas en los materiales y elementos de uso cotidiano, diseñados con cuidado de no dañar la hipersensibilidad de los enfermos: ventanales dobles que evitaban las corrientes de aire bruscas, lavabos especiales que amortiguaban el ruido del chorro de agua al chocar contra su superficie, lámparas desplazadas desde la habitual posición centrada hacia las cabeceras de las camas para evitar el deslumbramiento, pintura de colores suaves o picaportes acabados en materiales agradables al tacto. La confianza en las propiedades benefactoras del aire y el sol tomaba cuerpo en un muestrario de terrazas, balcones, barandillas y marquesinas, que contribuían a dar un sentido escultural contrario a la cualidad de cartón más habitual de los edificios del Estilo Internacional y anticipaban los recursos vernáculos que el autor iba a hacer madurar a lo largo de esa década.

En el periodo de entreguerras se produjo también la síntesis en el modelo del gran hospital urbano, responsable del desarrollo de la ciencia médica durante todo el siglo XX. El proyecto de Paul Nelson para la ciudad hospitalaria de Lille, de 1932, pertenece también a ese primer momento en que la arquitectura de la medicina comenzaba a pensarse en términos modernos. Este hospital que agrupaba todos los recursos médicos de la ciudad y su escuela de medicina se programó como un elemento sustancial del planeamiento urbano, unido a su red de comunicaciones y transportes, con un trazado circulatorio que conectaba sus partes expresamente diseñadas para cada función. Las grandes plantas de servicios generales, el hospital de agudos con sus apéndices docente y clínico, la torre cruciforme para geriatría y larga estancia, el edificio de administración, la escuela y demás, formaban un conjunto con 2900 camas, el doble de personal y otro tanto de visitantes que tomaba como modelo a los grandes monobloques norteamericanos.

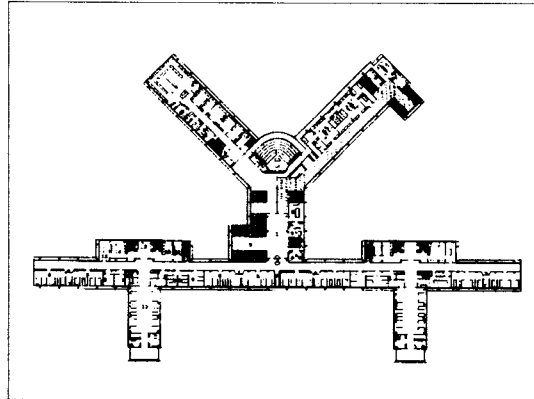
Ese complejo hospitalario, tomado por Le Corbusier para su revista *Tiempo Modernos* como ejemplo de la relación deseable entre técnicos, artistas e industria-



*Ciudad hospitalaria de Lille
Paul Nelson, 1932*

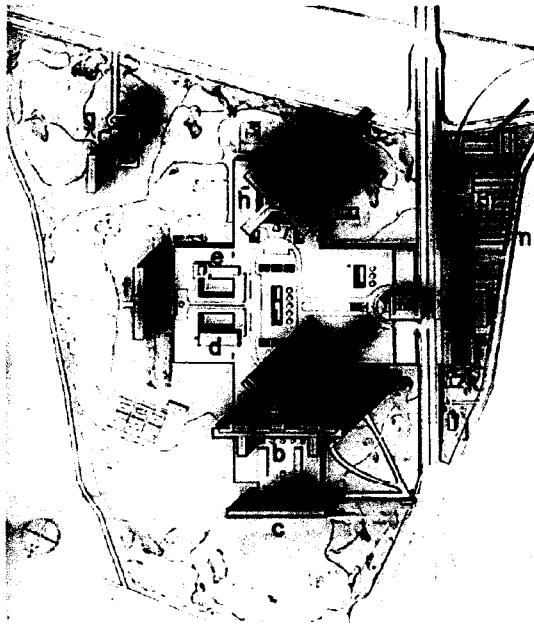
*Planta tipo del hospital
de larga estancia*

1. Vestíbulo
2. Vigilante de planta
3. Oficio
4. Aseo de enfermeras
5. Lencería
6. Cuarto de limpieza
7. Dormitorio de 36 camas
8. Taquillas
9. Duchas y baños
10. Lavabos
11. Inodoros, urinarios y bidés



Planta tipo del centro médico

- a. Escuela de medicina
- b. Consultas
- c. Hospitalización, 68 camas
1. Vestíbulo
2. Ascensores
3. Secretaría de planta
4. Sala de espera
5. Despacho médico
6. Sala de reuniones
7. Control y farmacia
8. Habitaciones de 4 camas
9. Cuarto de aislamiento
10. Habitación de 12 camas
11. Baño
12. Ascensores de servicio
13. Vestuario y cuarto de curas
14. Despacho de enfermera
15. Cuarto de limpieza
16. Lencería

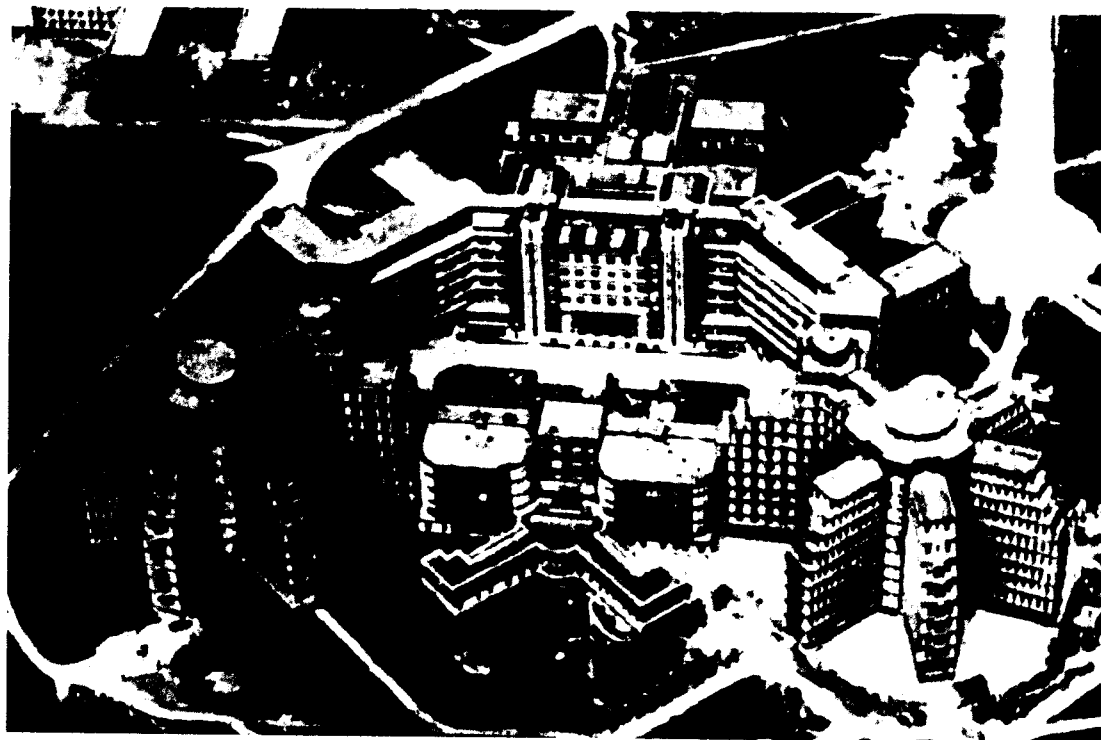


Planta general

- a. Edificio administrativo
- b. Centro médico
- c. Pab. pacientes privados
- d. Auditorio
- e. Culo
- f. Residencia y escuela de enfermeras
- g. Residencia de pensionados
- h. Edificio de larga estancia
- i. Alojamiento de empleados y almacén
- j. Casa del subdirector
- k. Casa del director
- l. Mortuario
- m. Edificios de servicio

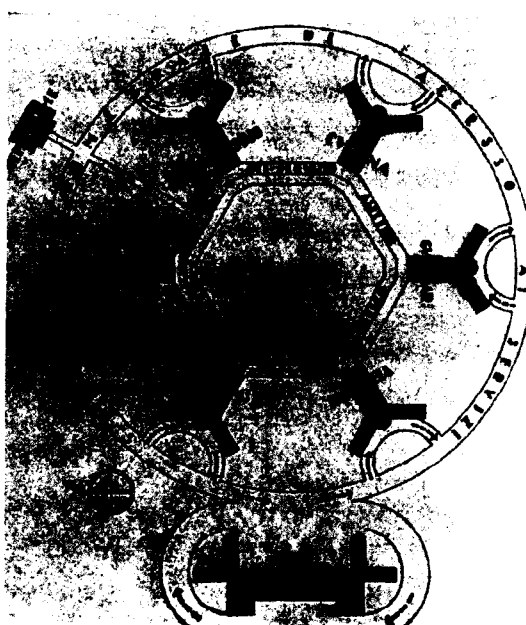
*Ciudad hospitalaria
de Lille, Paul Nelson
Fotografías de la
maqueta*





*Ciudad hospitalaria de Lille
I. Walter, 1932-53*

les, añadía unas intenciones de innovación técnica y prefabricación que Nelson iba a continuar desarrollando en sucesivos proyectos. A pesar de la cálida acogida que tuvo en el concurso de adjudicación entre algunos de los principales miembros del comité de selección, como el vicepresidente de la Administración de Hospicios o el Rector de la Universidad, se prefirió la experiencia a la novedad, y el encargo recayó en uno de los arquitectos del hospital Beaujon, I. Walter. El resultado fue un conjunto más convencional de bloques comunicados en todas sus plantas por un anillo de circulación. Esta forma de agrupación que se denominó de polibloque en anillo lograba reducir las largas distancias existentes habitualmente entre las distintas partes que componían los grandes hospitales contemporáneos. Poco después el arquitecto italiano Angelo Bordoní diseñó una réplica ideal de este edificio en su proyecto para el Hospital Civil de Brescia.



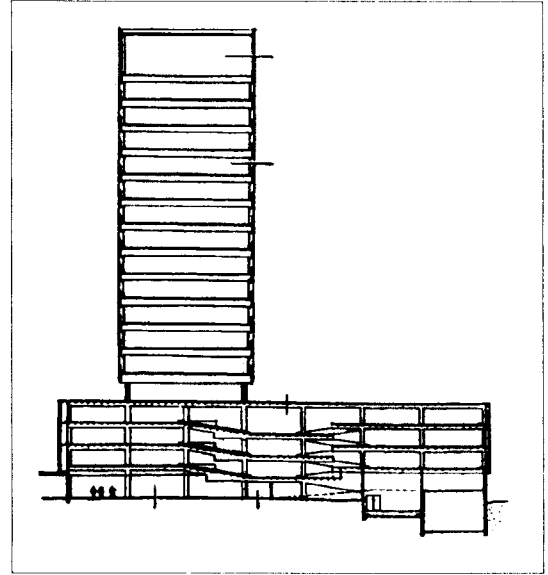
*Hospital de Brescia, Italia
Angelo Bordoní, 1935
Esquema de proyecto*

*Torre Médica
Houston, EEUU
Goleman & Rolfe, 1956
Sección*

El hospital de torre y base

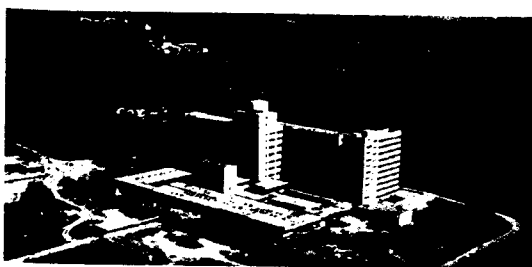
Los hospitales monobloque y sus derivados empezaron pronto a sentir presión en su apéndice clínico. El ritmo de crecimiento de los diferentes servicios no coincidía, y la organización rígida de este tipo edificatorio obligaba a dispersarlos por varias plantas o a construir edificios anexos que enmarañaban los flujos circulatorios y complicaban la gestión del hospital. Además, la independencia funcional que imponía esa configuración vertical y sus añadidos dificultaba la relación imprescindible entre las diversas especialidades clínicas. Los grandes hospitales de la década de los treinta eran en realidad agrupaciones de hospitales, como la ciudad era el resultado de la agrupación de tramos de ciudad más o menos iguales que se presentaban como la imagen del desorden. La Carta de Atenas, inspirada en las conclusiones de un congreso a bordo de un barco en 1933 pero editada como documento anónimo en 1941, establecía como puntos clave de la urbanística las cuatro funciones básicas: habitar, trabajar, descansar y circular. Las claves que iban a permitir replantear la ciudad con un enfoque contemporáneo eran también válidas para la planificación del hospital. Era necesario actuar de lo general a lo particular; primero había que determinar las zonas funcionales, definir sus prestaciones, y establecer el grado adecuado de relación entre ellas.

Una vez que se aplicó al conjunto del hospital el principio de zonificación funcional que había valido para organizar cada una de las entidades independientes que lo formaban, una gran proporción de servicios de tratamiento y diagnóstico se reagruparon y pasaron a ocupar las plantas bajas del edificio, junto a las áreas administrativas y demás zonas que debían tener un mayor contacto con la ciudad. La organización en vertical del área de hospitalización no había creado grandes problemas, y se mantuvo. Por la misma razón permanecieron semienterradas las actividades de apoyo como lavanderías, cocinas, almacenes y demás. Todas las zonas que no pertenecían al hospital de agudos, como



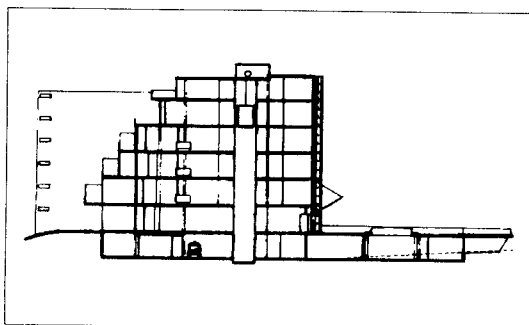
las residencias del personal, los centros geriátricos, o las centrales de energía, fueron en general apartadas del edificio principal. Si se excluyen esos edificios anexos, que se diseñaron con los supuestos del planeamiento residencial de la ciudad, la forma resultante era un edificio de torre, ahora simplificada como una pastilla más nítida, y una base extensa de una, dos, o todo lo más tres plantas. El proyecto de hospital de torre y base suponía un ahorro económico importante, pues permitía ajustar las dotaciones técnicas y el grado de confort a las necesidades de las diferentes zonas del edificio. Por otra parte las circulaciones del hospital, tanto las de personas y materiales como las energéticas, se simplificaban mucho al concentrar todas las actividades ambulatorias en las plantas bajas del edificio y al simplificar el trazado de las redes de energía. Otro tanto ocurría con el proyecto y la gestión del hospital, reunificados como un rompecabezas mucho menos disperso que el de los anteriores modelos de hospital. Este tipo mantenía una dependencia absoluta, claro está, del ascensor.

La primera muestra en Europa de hospital de torre y base se llevó a cabo en Normandía al finalizar la Segunda Guerra Mundial, como una oferta de reparación o contrapartida de los daños que había originado

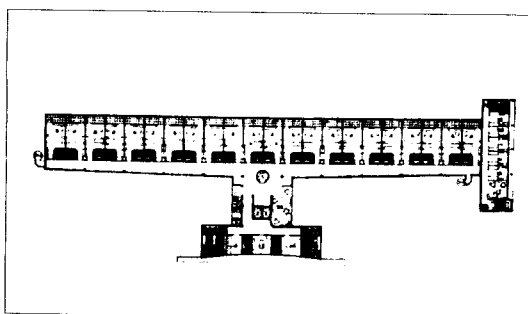


*Hospital de Saint-Lô
Normandía
Paul Nelson, 1946-1956*

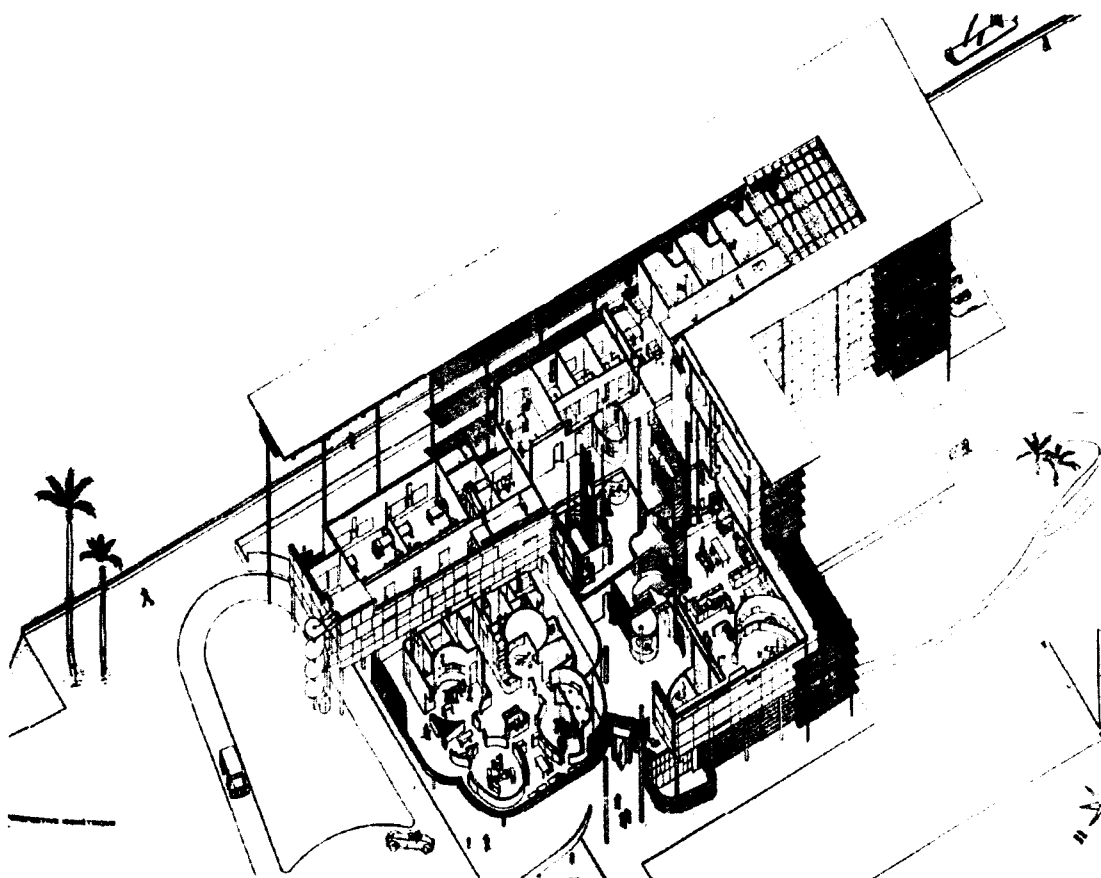
el desembarco de las tropas norteamericanas. Se trata del Hospital Franco Americano de Saint-Lô, un edificio con 400 camas construido entre 1946 y 1956 por el arquitecto franco americano Paul Nelson. Este discípulo de August Perret y miembro integrante de la que se denominó Escuela de París había continuado desarrollando desde el concurso de Lille algunos proyectos de hospitales con ideas que no tuvo la oportunidad de poner en práctica hasta la construcción de Saint-Lô. Por ejemplo, esa extraña disposición cruzada de la residencia de enfermeras del prototipo para hospital de pequeña escala, un edificio diseñado a la manera de los terrassenbau alemanes y suizos. O la solución del grupo quirúrgico para el pabellón de cirugía de Ismailia, en Egipto, un proyecto del que debe destacarse también la solución de fachada envolvente con parasoles orientables para reducción de la alta incidencia de infecciones postoperatorias que se daba en ese país. La sala de operaciones



*Hospital de
pequeña escala
Paul Nelson, 1932
Sección*

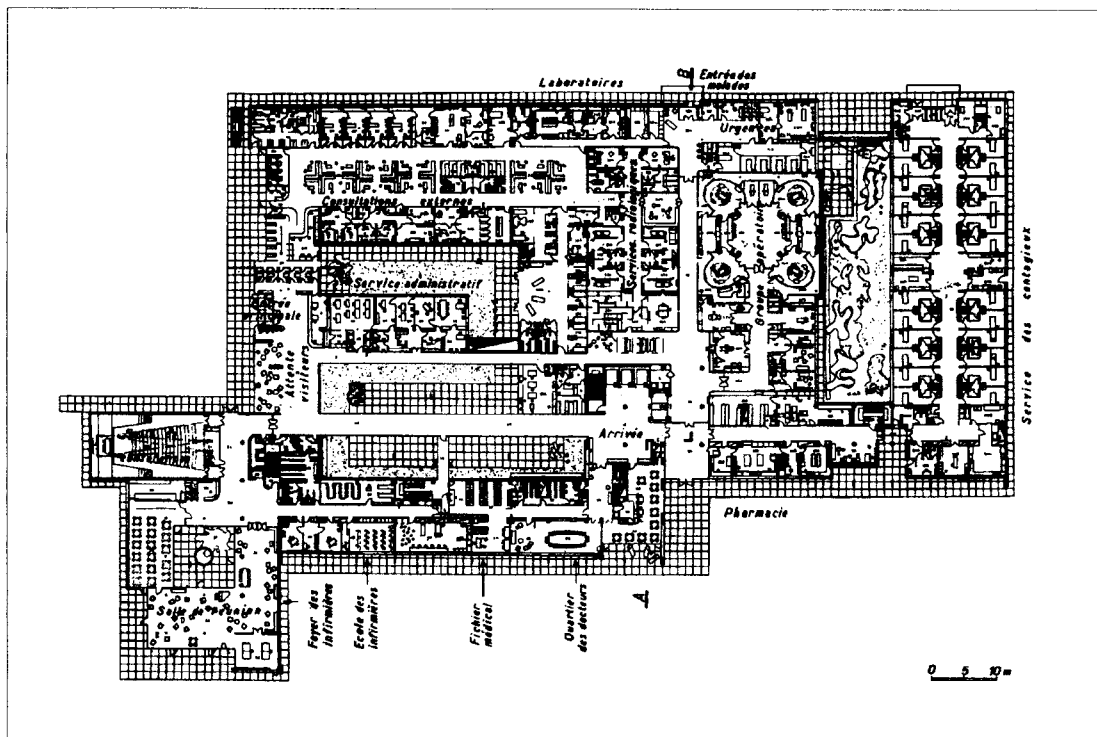


Planta segunda

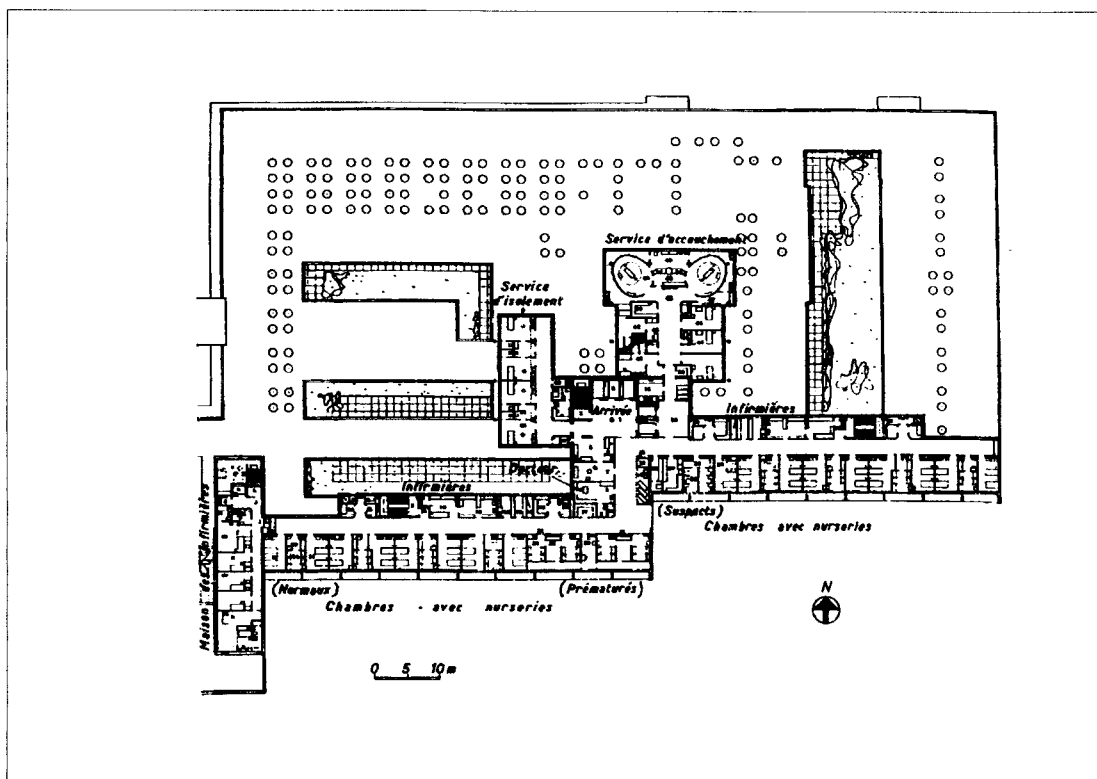


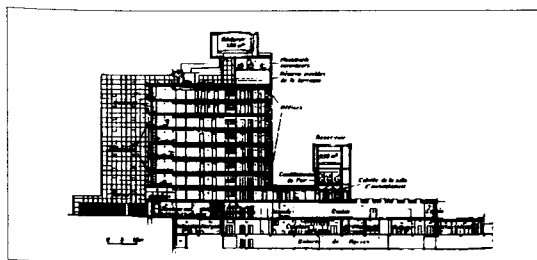
*Pabellón de cirugía de
Ismailia, Suez, Egipto
Paul Nelson, 1934
Axonometría seccionada*

Hospital de Saint-Lô
Normandie
Paul Nelson
1946-1956
Planta baja

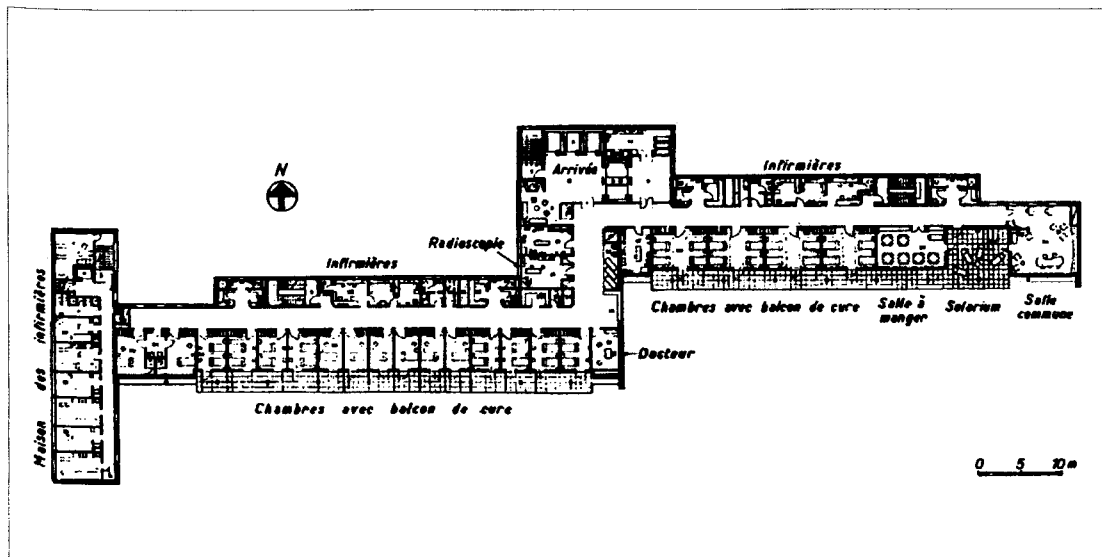


Planta primera

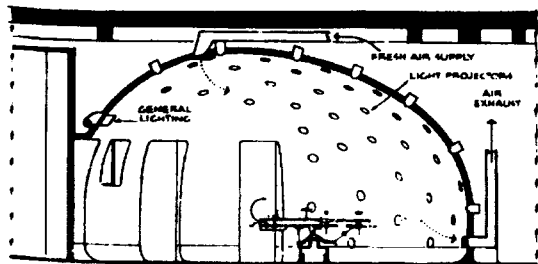




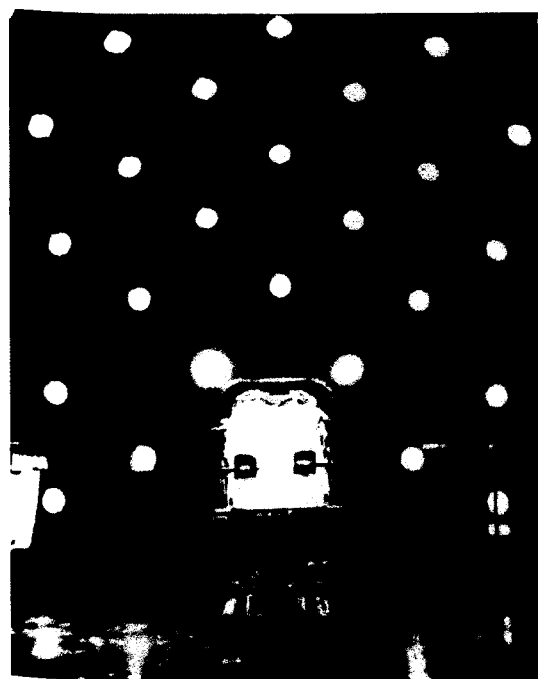
Sección



Plantas séptima y octava (tuberculosis)



Sección por quirófano



Quirófano

de Ismailia era una reinterpretación tecnológica y algo surrealista del hamman, el baño árabe: una cáscara ovoide perforada por un gran número de pequeños huecos luminosos, como las cúpulas de los baños árabes, que proporcionaban una iluminación homogénea y sin sombras. También la consola de control de los setenta y nueve proyectores enfocados hacia la mesa de operaciones tenía la misma forma de huevo. Este quirófano propuesto por primera vez en 1934, y construido en Saint-Lô dos décadas después, sería adoptado como modelo común en los hospitales de los últimos años cincuenta y de los sesenta.

Nelson también aplicó en Saint-Lô los criterios modulares con que había resuelto las fachadas de paneles transparentes, traslúcidos y opacos de su proyecto para la Ciudad Hospitalaria de Lille, pero en el hospital normando esos criterios se extendieron al conjunto de la construcción, desde las luces estructurales, de 6 x 6m., hasta las particiones de las carpinterías, de 0.6 x 0.6m. Su idea era que cualquier construcción debía resolverse de una forma mucho mejor y más económica si se utilizaban criterios industriales, como acuerdos dimensionales y leyes de agrupación. Esa idea orientada hacia la prefabricación, que no era nueva y que volvería a repetirse en muchas ocasiones, como por ejemplo en

Fachada sur



los hospitales del Servicio de Salud británico en los años sesenta, quedó sobre todo en una útil base modular para el proyecto, con alguna aplicación parcial para el pedido de determinados materiales de fachada y poco más.

Los diversos servicios del hospital estaban organizados en bandas, según un esquema de relaciones claro. En planta baja y desde el frente de entrada principal se desarrollaban en paralelo, y separados por patios, las consultas externas, el bloque administrativo, y toda el área docente e institucional. Esas bandas iban a encontrarse con los servicios de tratamiento y diagnóstico,

que eran fundamentalmente el servicio de radiología y el bloque quirúrgico, ordenados sobre un eje transversal que comunicaba a su vez con las pequeñas urgencias y el vestíbulo de ascensores. Al fondo, y separada por un patio ajardinado, quedaba la unidad de enfermería de infecciosos. Las plantas superiores estaban solo dedicadas a hospitalización y a residencia de enfermeras, con la excepción de los espacios para las salas de partos y zonas anexas que ocupaban un cuerpo independiente de planta primera, comunicadas a través de un vestíbulo de planta con la unidad de hospitalización materno infantil.

4.- El hospital nacional de los sistemas de salud

Con el fin de la Segunda Guerra Mundial se acabó también para siempre la tradicional diversificación de la asistencia médica en niveles de calidad según la situación socioeconómica del paciente. Las reivindicaciones obreras iniciadas a partir de la segunda mitad del siglo XIX encontraron respuesta en ese momento con la socialización de la asistencia, que se estableció en los países desarrollados, bien por la vía de la socialización total de los servicios médicos, por el ingreso de la población trabajadora en un sistema de seguridad social encargado de la asistencia, o por la cobertura de la asistencia por parte de un seguro mutualista o estatal.

El modelo británico tuvo su origen en la creación del National Health Service, enunciado por el conservador W. Beveridge en 1942, y puesto en práctica por el gabinete laborista de Atlee en 1947. El sistema concedió al paciente cierta libertad en la elección del médico, se ordenó en tres grandes servicios de médicos generales, especialistas y sanitarios e higienistas y, salvo una pequeña cantidad que pagaba el asegurado, se organizó

para cubrir todos los servicios que el tratamiento sanitario requiriese, incluidos medicamentos y gafas.

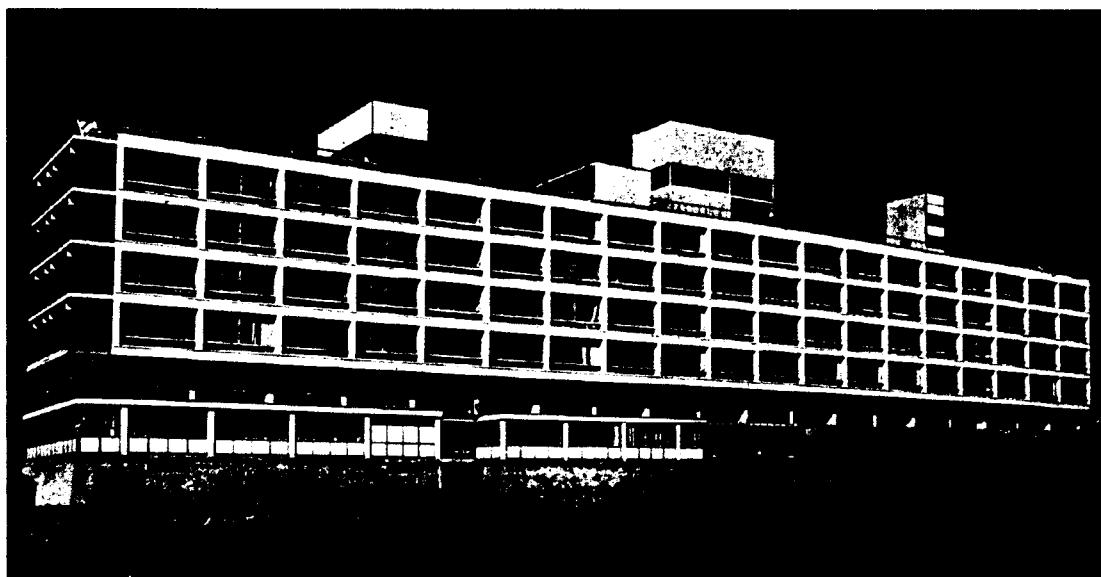
Hasta entonces la responsabilidad sanitaria británica había estado fraccionada de un modo autónomo e inco-nexo entre diversos organismos de ámbito local, regional y nacional, como era frecuente en todas las naciones, y también en Gran Bretaña se había producido una concentración inevitable de las dotaciones hospitalarias en las principales ciudades, donde se acumulaba la riqueza del país, al mismo tiempo que una carencia de medios acusada en el resto de poblaciones, tanto en lo relativo al número de camas como a la calidad y el tamaño de las instalaciones.

A partir del National Health Act de 1946 todos los hospitales británicos pasaron a ser públicos. El Ministerio de Salud y Seguridad Social se hizo con las más de 2.000 instituciones sanitarias, construidas en su mayor parte desde las Poor Law Acts de mediados del siglo XIX, y emprendió la tarea de reorganización de la sanidad a escala nacional. En ese tejido asistencial heterogéneo predominaban tres grupos diferentes de



*Hospital Brompton
Frimley, Surrey
E.T. Hall, 1903*

Hospital de Swindon
Londres
Philip Powell
& Hidalgo Moya
1951-1960



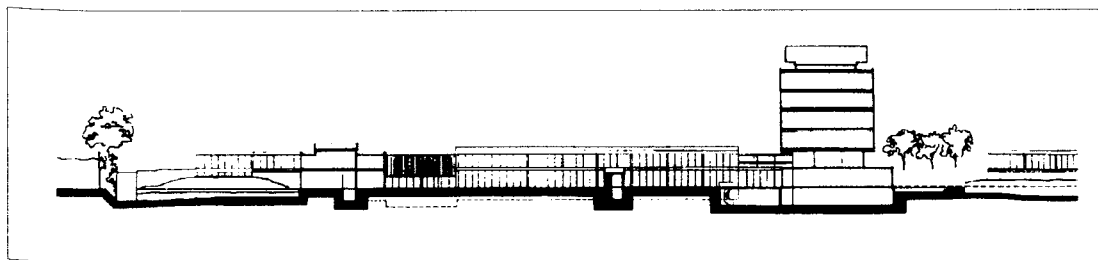
establecimientos: por un lado, los pequeños y céntricos hospitales especializados, de fundación privada y generalmente para enfermos agudos, algunos de los cuales habían crecido hasta convertirse en hospitales docentes; un segundo grupo lo formaban los grandes hospitales públicos, mayoritariamente para enfermos crónicos, es decir, con un perfil más asilar que sanitario, situados en terrenos económicos algo más alejados de los centros de población, cerca de los cementerios o de los depósitos de gas. Y por último las instituciones psiquiátricas, decididamente alejadas de la ciudad. De ese patrimonio tan sólo unos pocos hospitales asociados a las universidades contaban con buenos equipos y un número de camas razonable.

A excepción de los hospitales universitarios, todas las instalaciones se pusieron bajo el control de las recién creadas Juntas Regionales de Hospitales (Regional Hospital Boards), que debían llevar a cabo los estudios necesarios para ajustar número y calidad de los hospitales a las nuevas prestaciones que debía ofrecer el Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Salud y Seguridad Social desarrolló un programa de coordinación con las autoridades regionales y locales, que hizo público en 1953 bajo el nombre de *Hospital Building Operation Handbook*.

El NHS iba a dar a toda la población una cobertura asistencial completa, y para ello era necesario un cambio radical en lo referente a la calidad de los hospitales y a su localización. Había que buscar suelo suficiente para hospitales en los nuevos suburbios residenciales, que crecían sin parar. Las expectativas de vida aumentaban considerablemente y, con ellas, la demanda de atención de toda la población, cubierta ahora por el Sistema y cada vez más confiada a las nuevas técnicas asistenciales. Tampoco podía olvidarse que el propio funcionamiento del hospital variaba día a día con los avances médicos.

En una primera etapa los objetivos de reconstrucción se centraron en la reconversión paulatina de los hospitales anticuados y en una cierta dotación para los nuevos barrios. Después de discutir el tamaño deseable de los hospitales se estableció una cifra óptima de camas, entre 300 y 600, y se tomó como modelo a seguir el tipo americano de base y torre que había desembarcado en Normandía con Paul Nelson (Hospital de St. Lô)

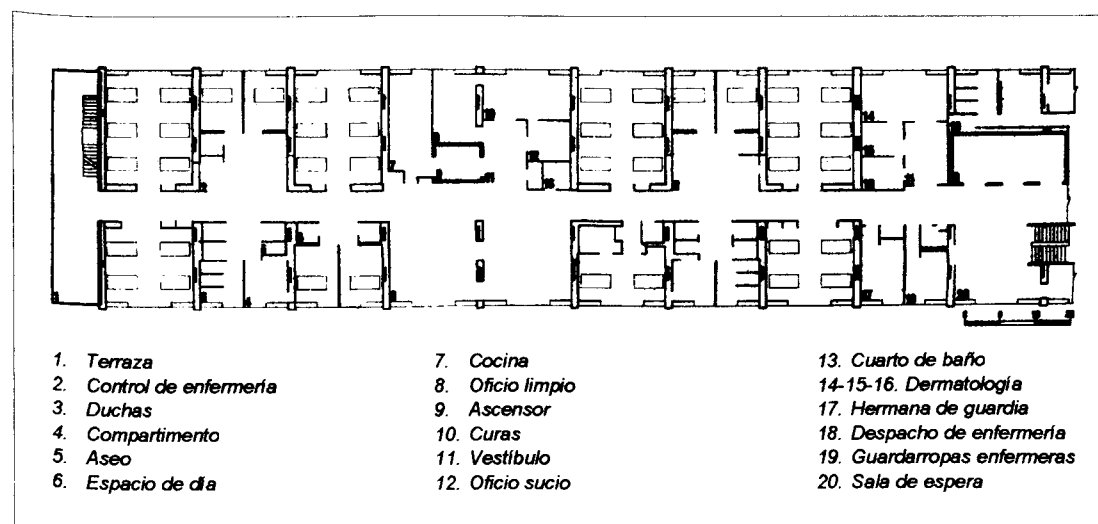
Una referencia obligada en el diseño de los hospitales británicos de los años cincuenta fue *Studies in the Functions and Design of Hospitals* de 1955. Se trata de un texto clave, fruto de seis años de investigación lle-



vada a cabo por un equipo pluridisciplinar (arquitecto, historiador, enfermera, médico, administrador y estadístico) por encargo de una organización independiente, el Nuffield Provincial Hospital Trust. Durante ese periodo el equipo, comandado por el arquitecto Llewelyn Davies, introdujo novedosas modificaciones en áreas concretas de hospitales y evaluó su influencia en costes y funcionamiento, así como su acogida por parte del personal y los pacientes. El método de evaluación continua permitía corregir los problemas e introducir ajustes en las sucesivas realizaciones.

A principios de los años cincuenta comenzaron a realizarse los primeros ensayos en nuevos hospitales escoceses e irlandeses. Una vez aceptado el tipo de torre y base y oídas las consideraciones de los usuarios, sanitarios y pacientes, era necesario poner en práctica las modificaciones zonales; y el área de hospitalización ocupó un lugar preferente. La enfermería Nightingale tenía un fuerte arraigo en Gran Bretaña y

la aprobación unánime de las enfermeras, que veían en ella ventajas de supervisión. Pero la influencia de los hospitales americanos, que contaban con un número considerable de habitaciones individuales, había provocado cierta demanda de intimidad. Los del Nuffield Trust propusieron una primera alternativa de compromiso que trataba de reconciliar las demandas dispares de privacidad y fácil supervisión. Se diseñaron unidades de enfermería fraccionadas en pequeños grupos de camas a ambos lados de un bloque central, donde se situó el control de enfermería y sus anexos. Otra novedad importante fue la creación de una zona de día para los pacientes, que se dispuso enfrente del control de enfermería. Su objetivo era animar a los convalecientes a levantarse, y pudo comprobarse una reducción de complicaciones pulmonares y circulatorias. Los hospitales de Larkfield en Greenock, Escocia, terminado en 1956 y de Swindon, terminado en 1960, muestran con mucha claridad esos principios.



Planta tipo del bloque de hospitalización

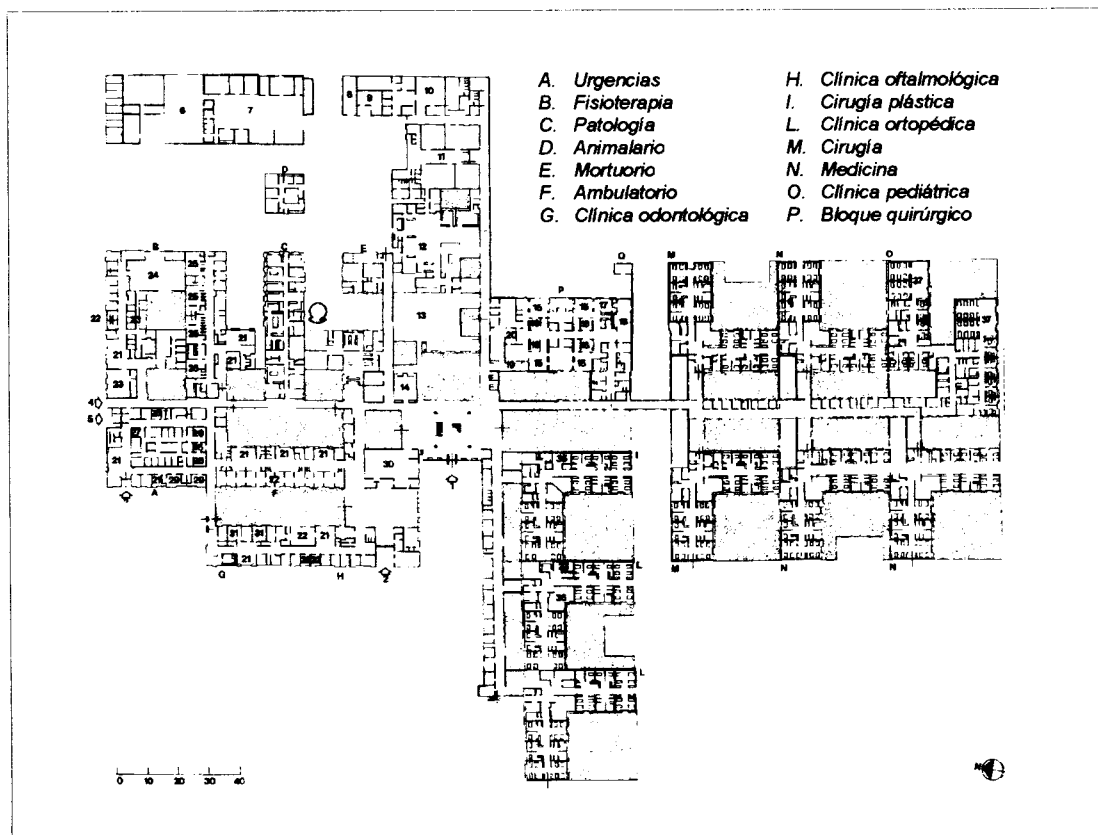
Nuevos tipos

Con la producción de guías de diseño funcional el Ministerio de Salud británico se sumó a ese análisis pormenorizado del hospital. Conjuntamente con el Nuffield Trust comenzaron a organizar cursos especiales para arquitectos, primero en Oxford y después en el University College de Londres. Se inició así un periodo de rápida evolución en el diseño de los hospitales. Del estudio funcional de cada una de las áreas pasaron a debatirse cuestiones generales, y comenzaron a surgir propuestas novedosas que rompieron con la tónica del hospital de torre y base. Hasta entonces la mayor preocupación de los arquitectos había sido reducir al máximo las distancias entre las distintas áreas del hospital, por lo que los proyectos habían tendido a la compactación y a la verticalidad. A mediados de los cincuenta las claves urbanísticas enunciadas en la Carta de Atenas -residencia, ocio, trabajo y circulación- se consideraban

ya simplistas y mecánicas. El movimiento moderno había olvidado palabras tales como vecindario, agrupación o recinto. Los jóvenes arquitectos del Team X querían recuperar los espacios intermedios de la ciudad histórica -patios, callejones, plazoletas- y proyectar más los vacíos que los objetos exentos. Se trataba de construir un tapiz y no una escultura.

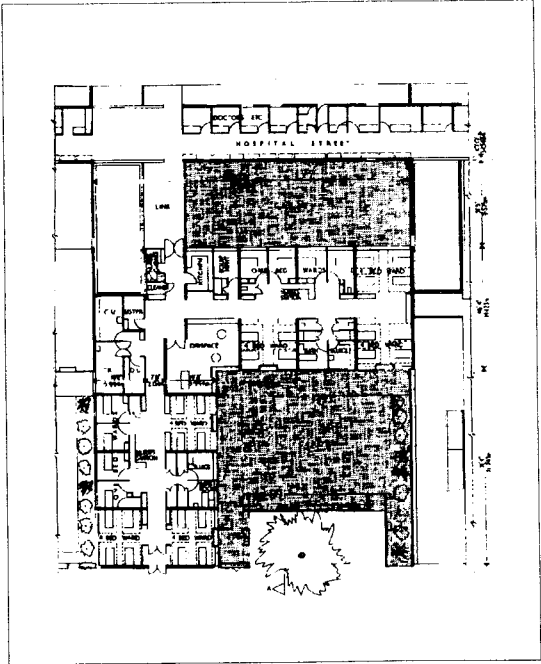
En el hospital de Wexham Park se aplicaron todos esos principios. Con este proyecto se trataba de reorganizar los servicios sanitarios de Slough, una población del distrito de Eton con grandes expectativas de crecimiento que hasta el momento estaba servida por cuatro hospitales con camas suficientes pero instalaciones inadecuadas. El proyecto se acometió en fases sucesivas que permitieron la clausura de los dos hospitales más anticuados y la reconversión de los otros en centros especializados. El proceso de planificación y diseño se desarrolló entre 1955 y 1960; la construcción, entre 1962 y 1966.

Hospital de
Wexham Park, Slough
Powell & Moya +
Lewelyn-Davies & Weeks
1955-1966
Planta general

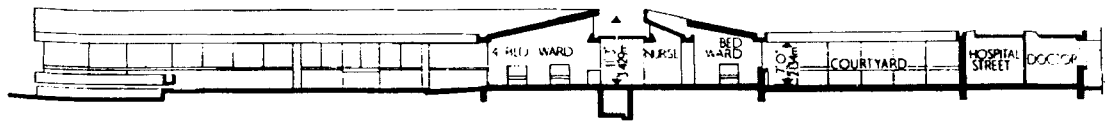


Wexham fue un proyecto conjunto de Powell y Moya, arquitectos del hospital de Swindon, con los del Nuffield, Llewelyn-Davies y Weeks. El equipo desestimó el aceptado tipo contemporáneo de torre y base y propuso diseñar el hospital como una pequeña aldea cuadrículada en la que cada edificio se construye para una función específica. Era una opción especialmente acertada para dar solución a dos problemas muy debatidos en aquellos años: la dificultad de integración ambiental, dado el tamaño de los hospitales, en los ambientes rurales y su incapacidad o falta de flexibilidad para hacer frente a las demandas continuas de crecimiento y de cambio provocadas por los aumentos de población y por la incorporación de nuevas técnicas médicas al hospital.

Wexham fue el primer hospital horizontal desde que el modelo de los hospitales de pabellones quedara anticuado a principios del siglo XX. A excepción de la torre de



Planta de unidad de enfermería



Sección por unidad de enfermería



Vista general

administración que se levanta sobre el acceso principal, todo el conjunto tiene una sola planta. Es cierto que se trataba de un hospital general de 300 camas y con una previsión tope de 400, por lo que no era desmesurado proponer todos los recorridos a nivel de terreno. Los arquitectos explotaron al máximo las ventajas que ofrecía tal planteamiento: iluminación y ventilación natural por medio de claraboyas y patios particulares, previsión de crecimiento por adición de módulos, escala doméstica, estructura sencilla, facilidad de evacuación. Se diferenciaron con claridad dos circulaciones ortogonales: la espina que une la zona de servicios clínicos con el área de hospitalización, y el corredor de servicio. Las unidades de enfermería se plantearon sobre los principios funcionales del Nuffield Trust, solo que adoptaron forma de L para proporcionar un patio de recreo a cada unidad de 32 camas, y una escala doméstica al conjunto. En las imágenes de Wexham sólo abulta la torre de administración; sin embargo, su importancia en la planta es mínima.

Plan de Hospitales para Inglaterra y Gales de 1962

En 1962 se puso en marcha el Hospital Plan for England and Wales. Una vez superada la etapa más dura de la posguerra y en un momento de economía floreciente el Ministerio decidió acometer este Plan mucho más ambicioso. Se trataba de tejer una red sanitaria homogénea y de máxima calidad, coherente con las variables de población de las distintas áreas territoriales, aún sin los servicios sanitarios básicos. Debía incrementarse el número de centros de atención primaria y concentrar la asistencia especializada y la investigación en hospitales universitarios. Con esa progresión descendente en número y ascendente en grado de especialización, desde los centros sanitarios y los pequeños hospitales comunitarios hasta los hospitales generales y docentes, se pretendía establecer un contacto mayor con la comunidad y racionalizar las inversiones de unos equipamientos clínicos cada vez más caros, que se hacían imposibles de amortizar en los pequeños hospitales.

*Hospital central de
Tampere, Finlandia
Erkki Helamaa
& Veijo Martikainen
1955-1964*



El hospital general de distrito fue la imagen emblemática del NHS en los años 60 y consumió todos sus presupuestos. Se planteó como la unidad básica capaz de ofrecer todos los servicios sanitarios. En principio iba a tener entre 600 y 900 camas, pero las cifras se duplicaron por la influencia de los grandes hospitales universitarios que se levantaban en los países escandinavos y porque se fijó una población por distrito sanitario entre 200.000 y 300.000 personas, e incluso algo mayor en zonas muy densamente pobladas. El encarecimiento de los equipos clínicos también venía a dar la razón a esa tesis de concentración de medios en grandes hospitales.

Como los hospitales generales de distrito debían cubrir todos los servicios sanitarios, en su planificación se contó con una proporción relativamente grande de camas para psiquiatría, geriatría, enfermos crónicos y pacientes privados, además de las propias para medicina y cirugía. También se incorporaron escuelas de enfermería y otros centros de enseñanza para el perso-

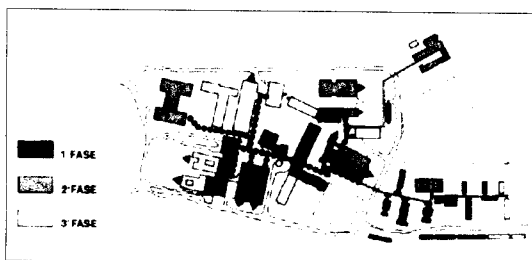
nal médico y para el no sanitario, con sus bibliotecas y aulas, así como una dotación proporcional de zonas de recreo y residencia. Se sumaron además otras instalaciones para investigación, centros de día y oficinas para autoridades sanitarias locales que se encargarían de desarrollar la planificación de la asistencia domiciliar y las campañas de prevención de enfermedades dirigidas a la población.

La intención del Plan era admirable, pero tuvo dificultades de desarrollo por falta de coordinación con los planificadores de las ciudades que, como sigue siendo habitual, se olvidaban de incluir en sus planes de urbanismo espacios adecuados para nuevas instalaciones sanitarias, necesitadas de espacios generosos. Por otra parte aumentó la complejidad de gestión, de suyo elevada, de los hospitales cuando éstos crecieron hasta alcanzar el tamaño y la diversificación de servicios de una ciudad pequeña; y el coste por cama y día se disparó, porque las instalaciones se realizaron en general para cubrir una atención especializada, aún



*Hospital de Northwick
Park, Londres
Llewelyn-Davies, Weeks
& Partners, 1962-1970
(primera fase)
Maqueta*

Fases de construcción



en los casos en que no era necesaria, en favor de las previsiones de crecimiento y modificación continua que sufren los hospitales.

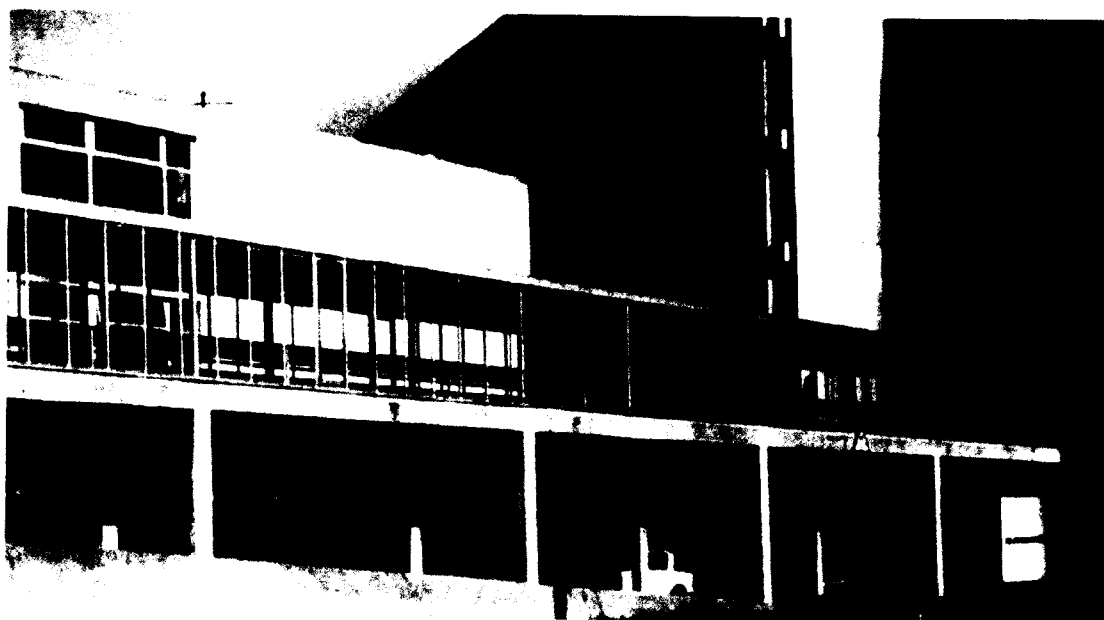
El hospital de Northwick Park fue pionero en la búsqueda de una solución al permanente problema del crecimiento y cambio continuo que habitualmente demandan los hospitales desde que comienzan a planificarse. La reducción de recorridos tenía su importancia, pero no era prioritaria para el conjunto del hospital. Lewelyn-Davies y Weeks, los arquitectos de este complejo que incluye un hospital general de 800 camas y un centro de investigación clínica, desarrollaron a partir de 1962 una propuesta alternativa que combinaba la construcción moderna de hospital en altura con la tradicional de pabellones a lo largo de una espina de circulaciones.

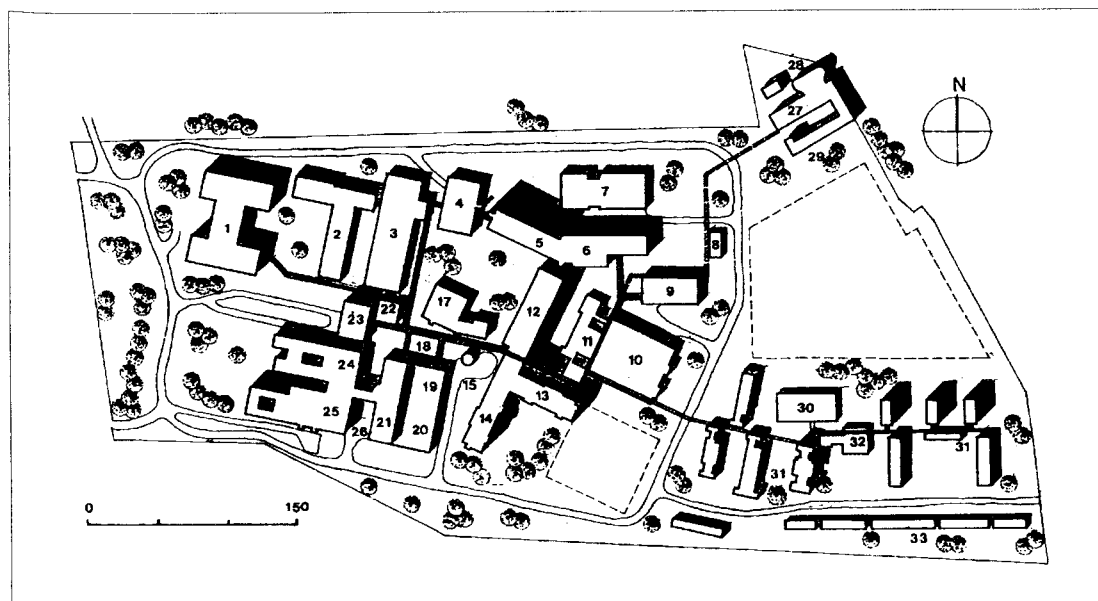
Se trataba de establecer un marco de relaciones entre los distintos departamentos, un sistema de calles con accesos que permitiese una organización de los departamentos a su conveniencia. Se plantearon una serie de edificios independientes con posibilidad de crecimiento, de diferentes anchos y alturas ajustados a las necesidades de las distintas zonas, comunicados entre

sí por un amplio corredor a modo de calle cerrada, también extensible. La calle corredor se desdobló en tres niveles para atender de forma separada al tránsito de pacientes, personal y visitantes, a la distribución de material y comidas, y a la red de canalizaciones e instalaciones. La calle puente corbusierana era un tópico de la época; en general bastante innecesario. Pero en este caso su empleo estaba justificado por una necesaria discriminación de usos.

La subdivisión de las zonas funcionales y de los departamentos en bloques separados dejaba abierta la posibilidad de reemplazar o modificar cualquier pieza sin que interfiriese en el funcionamiento del conjunto. La posibilidad de crecimiento de los edificios quedaba patente en sus testeros más alejados de la entrada, contruidos con elementos prefabricados fácilmente desmontables y rematados por una escalera de incendios desplazable. Todos los edificios estaban proyectados sobre una malla modular de 6,91 m. de lado, con pilastras asociadas a los huecos de canalización de las redes verticales de suministros e instalaciones. Esas eran las preocupaciones fundamentales de los proyectistas británicos de los primeros sesenta. Se puede recordar que Reyner Banham acababa de publicar *Teoría y diseño de la primera era de la máquina*.

Galería de conexión entre edificios



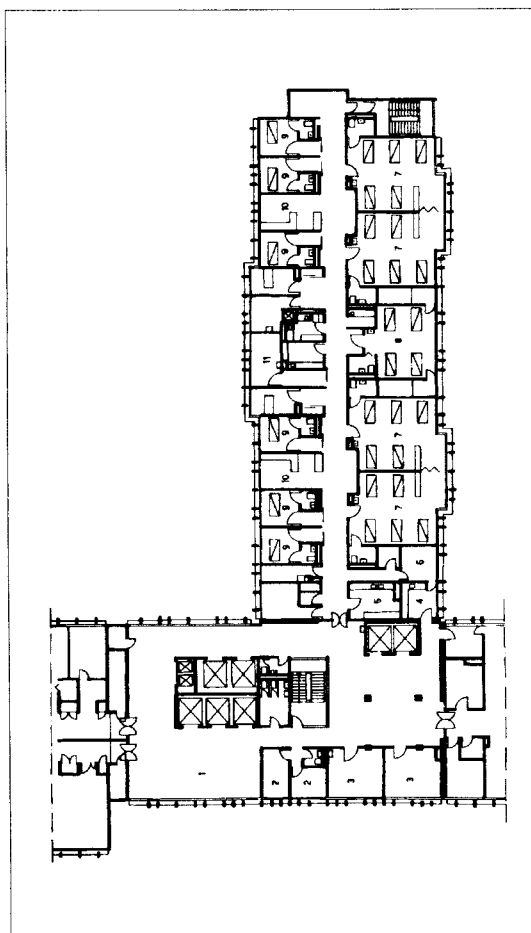


Planta general

1. Maternidad
2. Psiquiatría
3. Rehabilitación
4. Aula, biblioteca
5. Ilustración médica
6. Investigación clínica
7. Animalario
8. Quimioterapia
9. Aislamiento
10. Bloque quirúrgico
11. Recuperación
12. Hospitalización del centro de investigación clínica
- 13-14. Hospitalización de medicina y cirugía
15. Capilla
16. Salón de actos
17. Comedor de personal
18. Cocina central
19. Farmacia
20. Radiodiagnóstico
21. Patología
22. Tiendas
23. Admón., entrada principal
24. Pacientes externos
25. Urgencias
26. Suministros
27. Central térmica
28. Depósito combustible
29. Mantenimiento
30. Escuela de enfermería
31. Residencia de personal
32. Salas comunes
33. Viviendas personal

Pero conviene centrarse de nuevo en Northwick Park. El área de hospitalización volvió a ser campo de ensayo. La zona de día para pacientes se alejó del control de enfermería y se subdividió en unidades compartidas por habitaciones paradas, de cinco camas cada una. Los bloques de aseos corrieron una suerte similar, pasando a formar parte de las habitaciones. Además se incorporaron, por primera vez en el Reino Unido, luces individuales en las cabeceras de las camas.

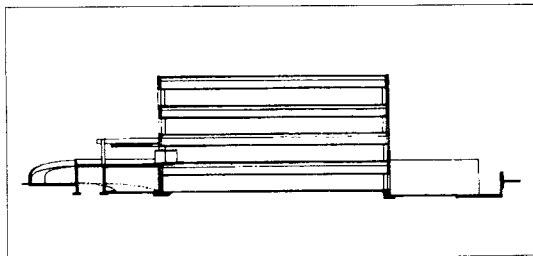
El proyecto de Northwick Park se llevó a cabo en tres fases: una primera en que se construyó parte de las zonas clínicas y de hospitalización más el centro de investigación; la segunda en que se completó la zona clínica y se levantó la maternidad; y una última fase, de expansión general del hospital. El planteamiento de este hospital disperso, alternativo a los hospitales monolíticos al uso en ese momento, fue muy influyente. Pero no siempre se puede contar como en aquella ocasión, con grandes superficies sobrantes de un amplio campo de golf para dar solución a las previsiones de cambio y crecimiento. Era también necesario encontrar una solución compacta para los distritos más densos de la ciudad.



Planta tipo de edificio de hospitalización

1. Sala de espera
2. Hospedaje
3. Sala de conferencias
4. Laboratorio de investigación clínica
5. Cocina
6. Médicos
7. Habitación de 5 camas
8. Habitación de 4 camas
9. Habitación individual
10. Control de enfermería
11. Curas

*Hospital de
Greenwich, Londres
William Tatton-Brown
1962-1971
Sección*

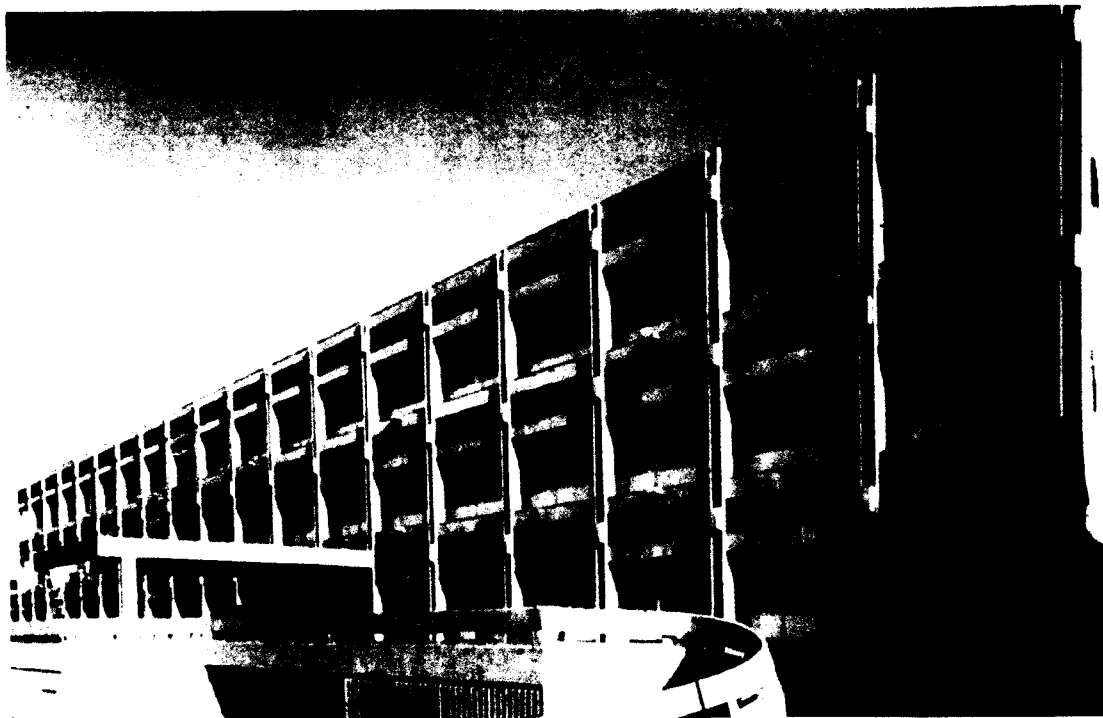


William Tatton-Brown, arquitecto jefe del Departamento de Proyectos del Ministerio de Salud británico, formuló esa nueva alternativa en el St. Alphege's Hospital, más conocido como Hospital General de Greenwich, Londres. Era la tercera actuación del Ministerio, pero la primera ocasión en que su equipo pudo desarrollar un hospital completo. Se trataba de un hospital de distrito, también de ochocientas camas que atendían a un área de ciento sesenta mil personas, pero para el que se disponía sólo de un terreno relativamente pequeño. Tatton Brown experimentó en este proyecto la teoría de un nuevo hospital que hiciera posible una especie de espacio universal dotado al máximo de compacidad y de flexibilidad; un espacio universal capaz de ajustarse sin problemas a los distintos ritmos de crecimiento de cada una de las tres principales zonas del hospital.

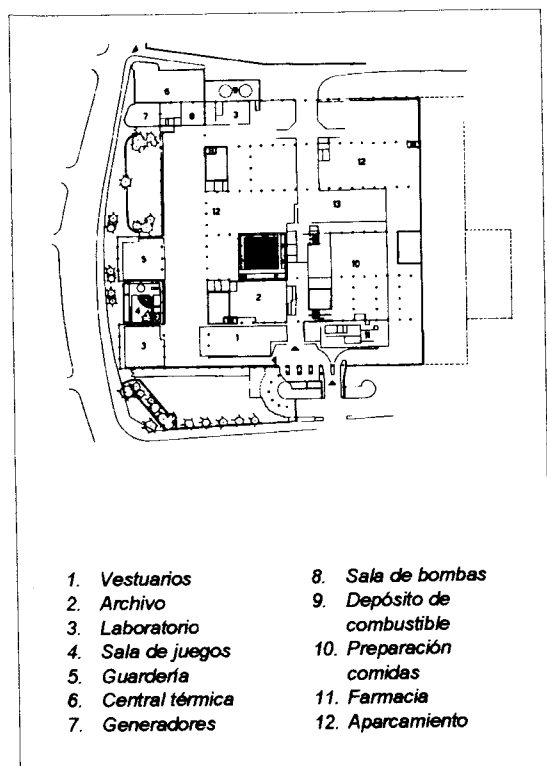
El planteamiento de Greenwich se asemeja mucho al habitual en las grandes superficies comerciales: plantas libres totalmente climatizadas y de estructura muy espaciada, con unas posibilidades de compartimenta-

ción ilimitadas y una densidad de ocupación muy elevada. Se combinó el empleo de cerchas estructurales de unos veinte metros de luz y dos metros de canto con suelos y cielorrasos rígidos. De esta forma los espacios estructurales entre los pisos que albergaban las grandes cerchas se utilizaron como plantas técnicas por donde llevar la canalización y practicar el mantenimiento de las redes de abastecimiento eléctrico, de gases, de agua y demás, para el aire acondicionado y también para desagües. Esa estructura en forma de sándwich dejaba, como en las grandes superficies comerciales, unas plantas diáfanas y autosuficientes que podían albergar indistintamente cualquier uso y adaptar sin problemas los cambios necesarios. El sistema tenía la ventaja añadida de permitir desvincular la construcción del soporte de la definición pormenorizada de usos: con un sistema así, mientras se construye la carcasa puede seguir decidiéndose el equipamiento del hospital. Hay que recordar que en esos años se acuñó el término soporte para designar la estructura resistente y de instalaciones que hace posible a un edificio moderno, poniendo énfasis en la independencia del soporte y

Fachada principal



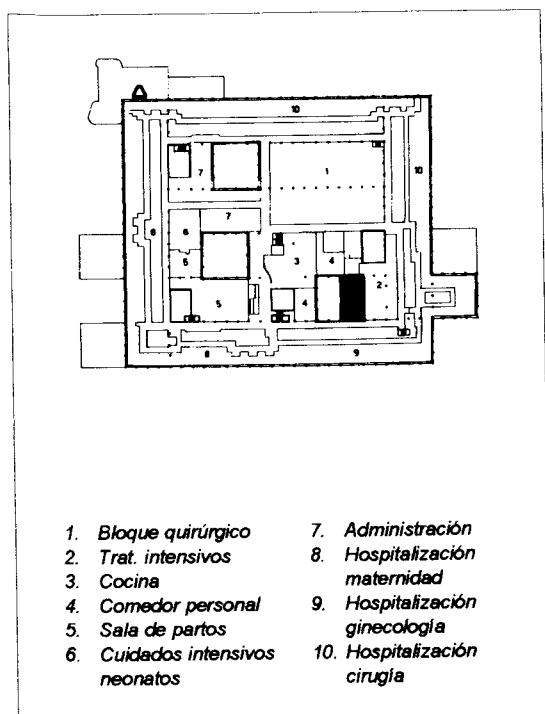
Planta semisótano



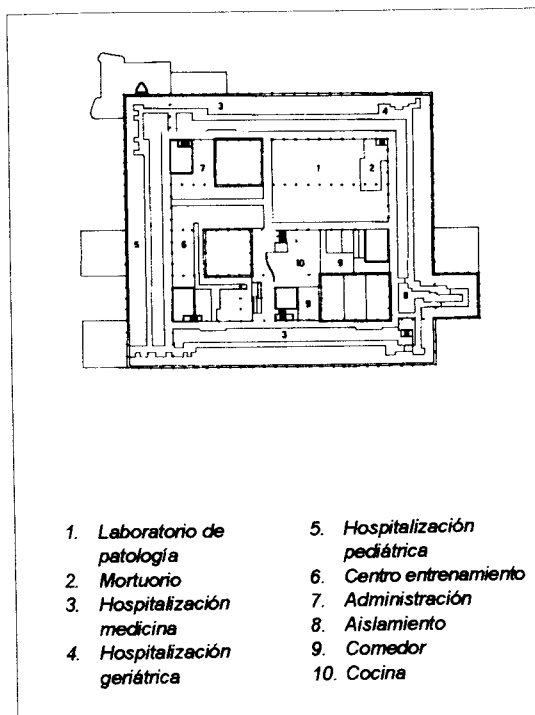
Planta baja



Planta primera



Planta segunda



el uso, éste último entendido como diseño de todos los elementos funcionales de habitación. La estructura del hospital de Greenwich se diseñó con una intercomunicación de todas las plantas técnicas a través de cuatro torretas holgadas que atraviesan el edificio de arriba abajo, por donde pueden desplazarse los operarios de mono azul sin entorpecer la labor del personal de bata blanca. En una quinta torreta se dispuso la central de refrigeración.

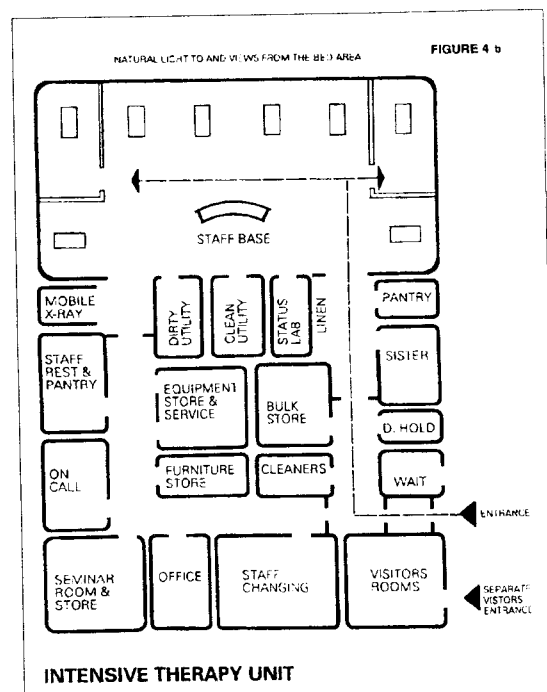
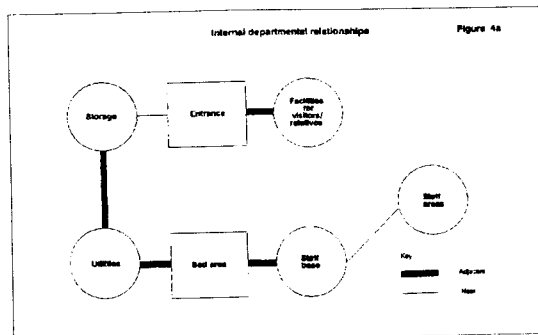
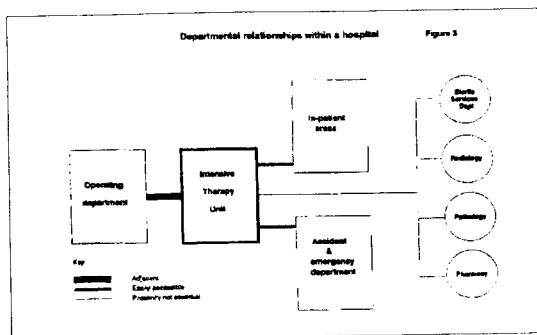
Cada uno de los tres pisos principales de Greenwich funciona como un hospital horizontal independiente: en planta baja están situadas las consultas externas, urgencias, el radiodiagnóstico y la hospitalización geriátrica; en planta primera, el área quirúrgica, los cuidados intensivos y el área de obstetricia; y en planta segunda, medicina y patología. La zona de hospitalización ocupa el perímetro de cada planta, así que los pacientes pueden disfrutar de luz natural y distraerse con las vistas; su trazado continuo a lo largo del perímetro permite ajustar las demandas cambiantes de número de camas de las especialidades médicas. Las áreas de diagnóstico y tratamiento, los bloques qui-

rúrgicos, los cuidados intensivos, la zona de cocinas y comedores, y los despachos de la administración ocupan el interior de cada planta, agrupados alrededor de tres patios que aligeran este compacto edificio contenedor. Alrededor de él se instalaron las naves de lavandería y almacén, y las centrales de esterilización y de tratamiento de residuos, compartidas por los otros hospitales del área.

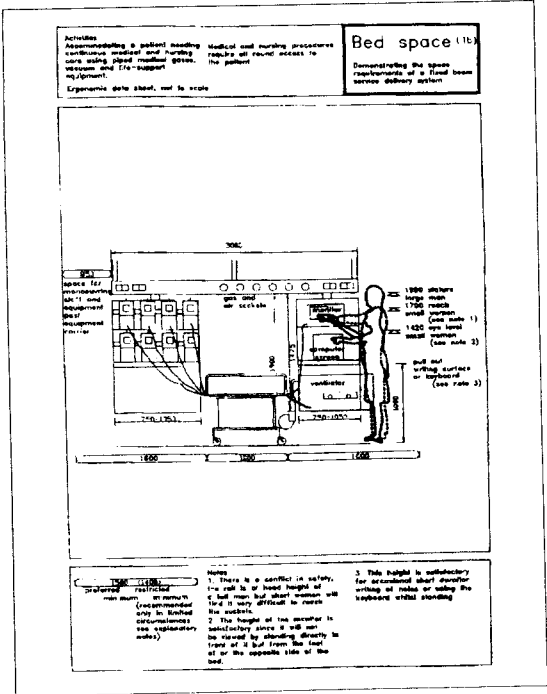
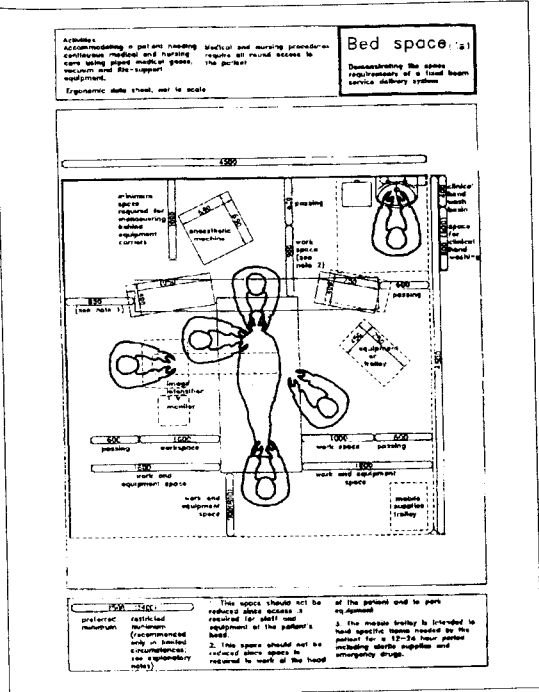
Este modelo tuvo una amplia influencia en los años anteriores a la crisis de la energía de los setenta, y luego quedó en entredicho por el coste y por la cantidad de energía que necesitaba; en definitiva, el precio que pagaba el hospital de Greenwich por su flexibilidad resultó excesivo después de la crisis del petróleo.

Evaluación del Plan de Hospitales de 1962 Proyectos experimentales

Durante toda la década de los sesenta el programa de construcción de hospitales del NHS se llevó con meticulosidad, seguridad y sin prisas, según una secuencia



lógica de reuniones entre los diferentes y numerosos equipos que elaboraban secuencialmente los estudios de viabilidad de acuerdo con las prestaciones del plan, los primeros esquemas, los planos de detalle, los documentos contractuales, la construcción y la dotación de equipos y puesta en marcha. Cada uno de los pasos se sometía a la aprobación de las autoridades locales, regionales y del Ministerio. El Departamento de Salud era consciente de la pérdida de tiempo que significaba tener a quince juntas regionales trabajando simultáneamente sobre los mismos problemas, por lo que comenzó a elaborar como ayuda una serie de estudios sobre las partes del hospital, las famosas y útiles *Hospital Building Notes* que continúan apareciendo periódicamente. Este trabajo se complementó con otros estudios de estandarización de los diferentes elementos constructivos, como puertas, ventanas o tabiques, a los que se aplicaron principios de coordinación modular adaptados al sistema métrico decimal, que sustituyó al tradicional sistema imperial de medidas en un giro significativo y pragmático de la política británica, que aceptaría aunque no sin recelos a la Comunidad Económica Europea.



Health Building Notes 27
Unidad de cuidados
intensivos
Apéndices

Sistema Best Buy

Ese mismo año 1967 el Departamento de Salud puso en marcha un experimento de contención de gastos: uno de sus médicos, el Doctor Harrington, actuaría como cliente único, libre del control burocrático y en comunicación directa con los futuros gestores, en el desarrollo de dos proyectos en Frimley en Surrey y en Bury St Edmunds en West Suffolk. La operación se bautizó con el nombre de Standard Best Buy, que podría traducirse por *normal y barato*, pues se trataba de sacar el mayor rendimiento a la inversión que hubiera de realizarse.

Como se entendía que el elemento de encarecimiento principal en la sanidad era la cama hospitalaria, la forma de economizar era dejar de construirlas. Con ellas desaparecían además la lavandería, las cocinas y los almacenes asociados. Para ello se hacía necesario impulsar la atención domiciliaria, donde el enfermo pone la cama, el mantel, la lavadora y el armario. Existían importantes antecedentes: el diagnóstico

precoz ya había eliminado la necesidad de numerosas camas para enfermos de tuberculosis y de enfermedades venéreas, y de hecho los hospitales de infecciosos se habían reducido hasta casi desaparecer. El otro objetivo del recorte de gastos era la reducción de la estancia, objetivo que ya era prioritario desde antiguo en los hospitales estadounidenses. Por otra parte, para hacer rentables los equipos era necesario utilizarlos más y aumentar sus prestaciones; tenían que hacerse muchas pruebas a mucha gente. Esto corría a favor de la prevención, y hacía rentable instaurar una política dinámica de chequeos obligatorios.

El experimento Best Buy proporcionó muchos datos de estas cuestiones y fue pionero en coordinar la gestión y la planificación de hospitales. Dio pie a que se promovieran numerosas fórmulas para la explotación intensiva de los equipos clínicos. También impulsó la hospitalización ambulante: los pacientes externos podían ocupar las camas durante el día para someterse a pruebas de diagnóstico o pequeñas intervenciones quirúrgicas, dejándolas libres para las urgencias noc-

*Best Buy
Hospital Bury St. Edmunds
Suffolk, Inglaterra
P. James, J. Ward
& Building Design
Partnership, 1967
Patio interior*

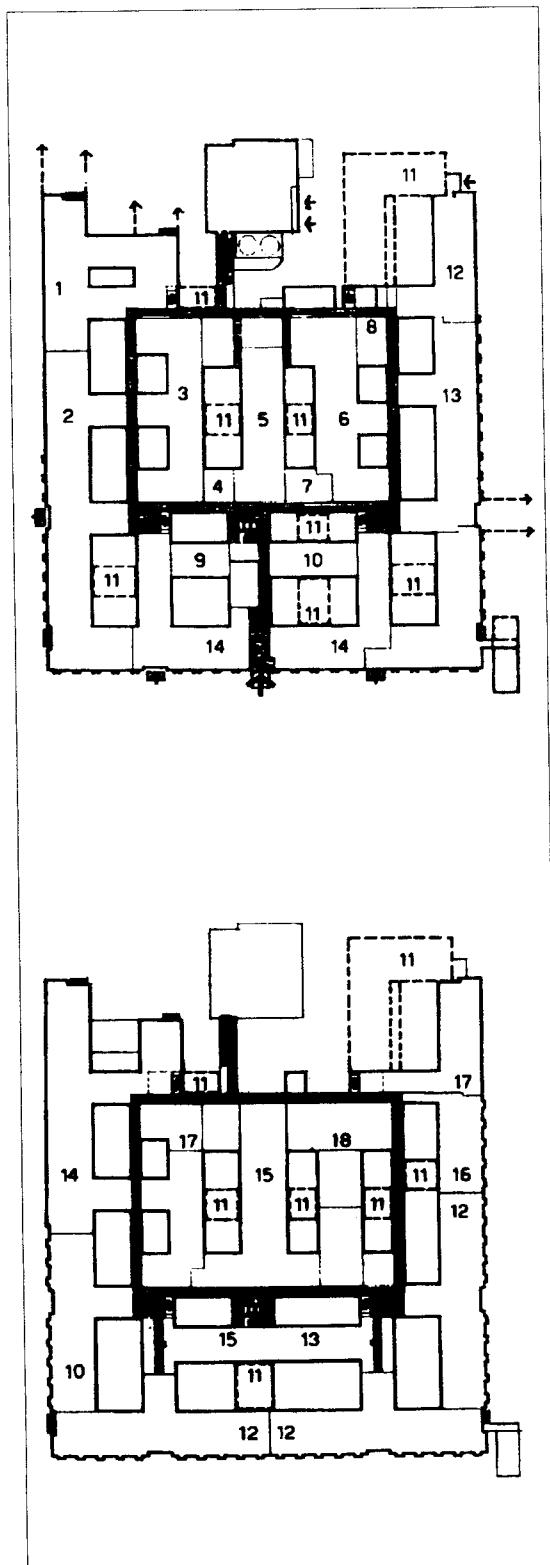


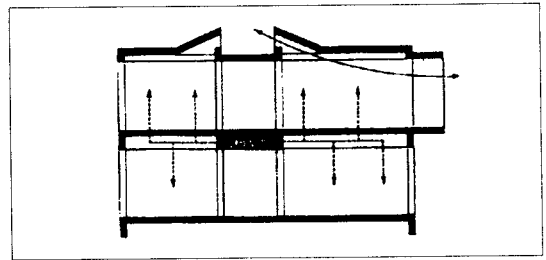
turnas, que iban aumentando de forma exponencial. El recorte de gastos o, por decirlo con propiedad, la optimización de inversiones, también se extendió a la planificación de la atención externa de cuidados, es decir, a las prestaciones de médicos de familia, servicios de ambulancia, y de atención a los enfermos en sus casas o de su desvío a centros menos especializados y más económicos.

Paul James, arquitecto del Departamento de Salud y Seguridad Social, fue el encargado de dar forma a los hospitales del experimento Best Buy, que se suponía habrían de costar dos tercios del presupuesto medio y se realizarían en la mitad de tiempo. El Doctor Harrington y James pasaron varias semanas recorriendo la zona clínica de algunos hospitales, tomando nota de las necesidades de cada especialidad, de la duración de los actos médicos, del material y la ropa, del tiempo de espera y otros items; llegaron a la conclusión de que muchos espacios del hospital estaban repetidos sin necesidad, y de que las esperas podían reducirse re-
tando su protocolo. Ese estudio fue publicado en 1967 bajo el título *Organisation and Design of Out-Patients Department*.

Cada hospital del tipo Best Buy, dimensionado en principio para 550 camas, se configuró con dos edificios, uno de dos plantas dedicado a hospitalización y clínica, y otro, de una planta, para los servicios de apoyo. Este último se dispuso a cota intermedia, comunicado con el primero por unas rampas que eliminaban la necesidad de instalar ascensores, y por tanto ahoraban su mantenimiento. Todos los desplazamientos verticales se sustituyeron por recorridos en cuesta, de modo que el transporte de comidas y material se planteó por medio de vagones con conductor. Para organizar el edificio principal se adoptó la disposición de las unidades de enfermería en una banda continua alrededor de la zona clínica, al modo del hospital de Greenwich, que acortaba los recorridos y aseguraba la ocupación de unas camas compartidas por distintas especialidades en función de la demanda. Sin embargo en esta ocasión ya no se consideraba oportuno

Esquema de organización

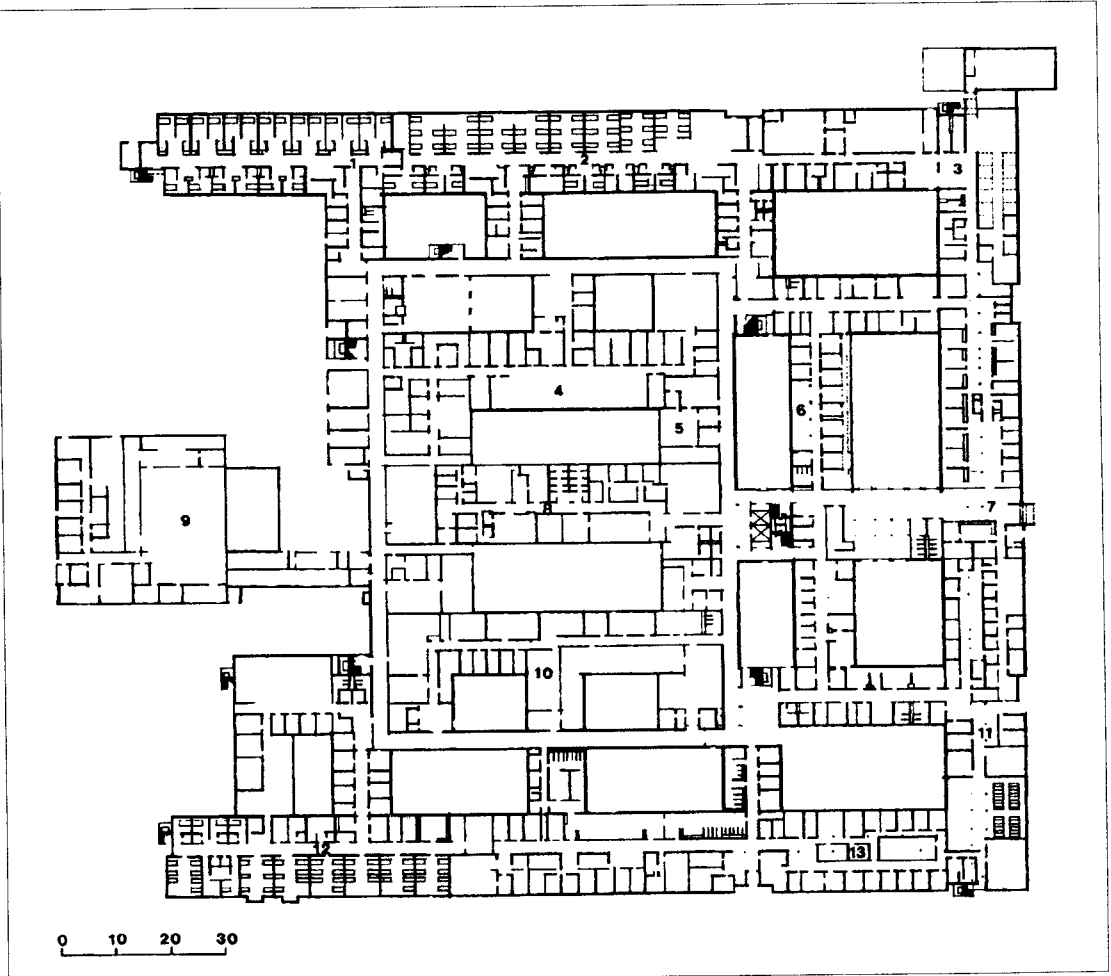




Sección

Planta baja

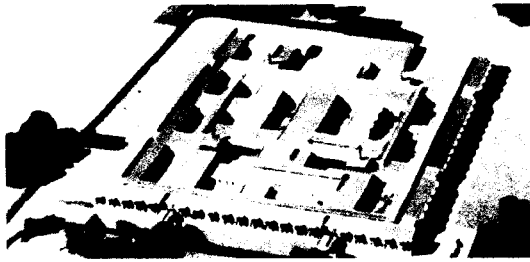
1. Pediatría
2. Geriatría
3. Rehabilitación
4. Patología
5. Farmacia
6. Policlínica
7. Pacientes externos
8. Radiodiagnóstico
9. Centrales
10. Docencia
12. Psiquiatría
13. Administración



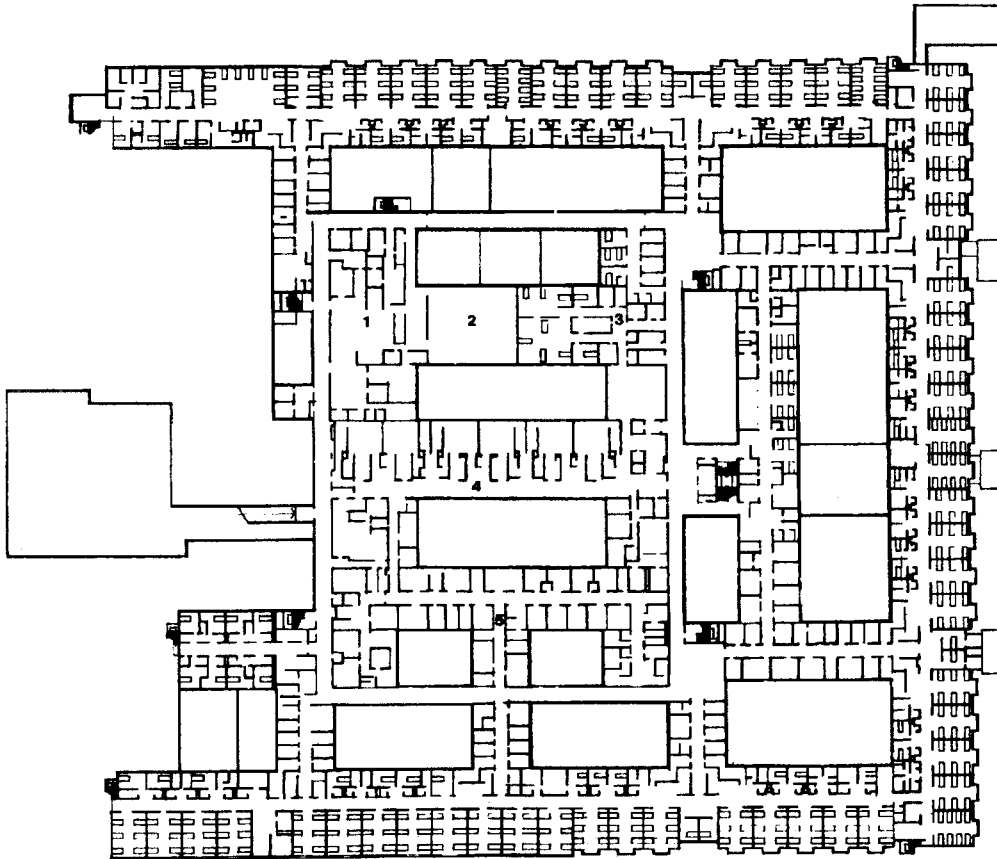
plantear un ejercicio compacto de espacio universal; los sistemas de climatización se reservarían únicamente para las zonas en que fuese imprescindible, y el resto se resolvería por medio de numerosos patios de luz y ventilación. La prioridad de optimización de costes no dejaba sitio a la provisión de espacios para futuras demandas; en su caso, deberían de instalarse en otro lugar. Sólo debía construirse lo que fuera a entrar en uso de inmediato. Se renunciaba así a pagar por una hipotética posibilidad de cambio o por anticipar un crecimiento futuro, invirtiendo la tesis del St. Alphege de Tatton Brown.

El sistema Best Buy se diseñó sobre una malla modular de 15 metros de lado, ancho que permite iluminar a los cuerpos de fábrica desde sus dos caras opuestas con cier-

ta facilidad. Aún así en la sección de la zona de hospitalización se aprovechó la posibilidad de complementar la iluminación y la ventilación por cubierta, a través del tejado. Estos dispositivos, sumados a las grandes superficies de vidrio que remataban los tramos superiores de las mamparas de compartimentación, contribuían a dar un aire transparente, casi exterior, a las habitaciones; y hacían que los pasillos se entendiesen como corredores cubiertos. En este experimento se fijó también el nuevo estándar británico de habitación de seis camas, a las que se añadieron cortinas de separación para una mayor privacidad de los pacientes. Al mismo tiempo se propuso una indefinición de límites entre departamentos, fomentando el empleo compartido de equipos clínicos y el uso polivalente de espacios del hospital.



Maqueta



Planta primera

1. Cocina
2. Comedor
3. Cuidados intensivos
4. Bloque quirúrgico
5. Bloque partos

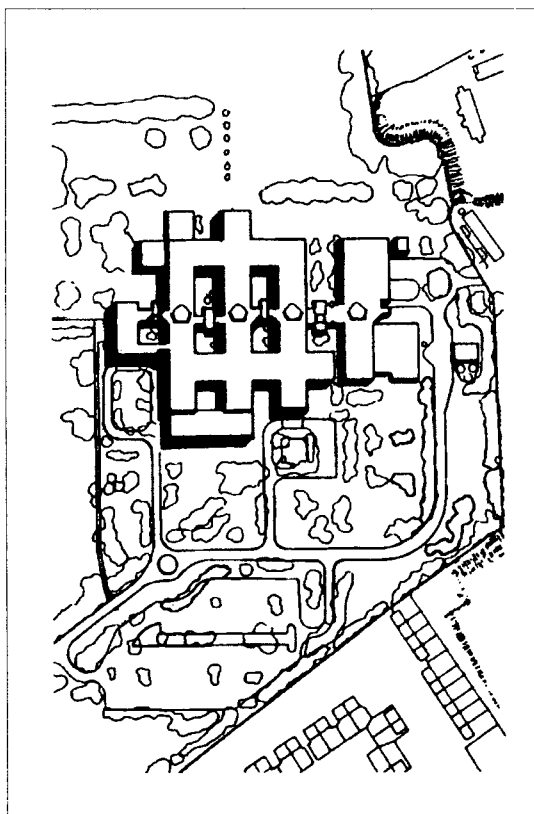
Sistemas Harness y Nucleus

Con la experiencia adquirida en el terreno de la estandarización y tomando prestados algunos contenidos del sistema Best Buy, el Departamento de Salud británico en colaboración con las Juntas regionales promovió varias propuestas de construcciones normalizadas que debían permitir hacer frente al envejecimiento prematuro de los hospitales. A partir del estudio de los usos del hospital se fijó como unidad el departamento standard ajustado a una malla modular horizontal, de geometría recta, con todas las variaciones de compartimentación preplanificadas. Sobre esa malla horizontal los departamentos estándar podían reunirse por criterios de afinidad y engancharse a unos corredores con conductos de servi-

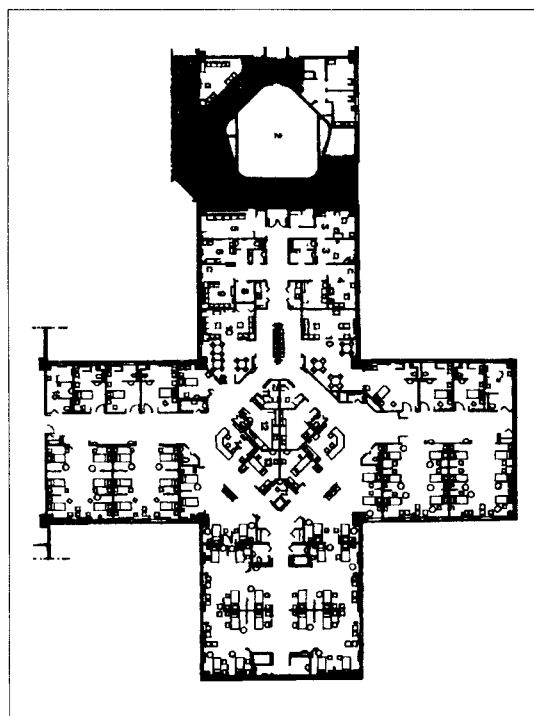
cio, y entre sí en una forma similar a la construcción de los componibles Lego. Ese sistema que buscaba estandarizar la planificación, el diseño y la construcción de los hospitales a escala nacional se bautizó con el nombre de Harness -que significa amés y enganchar-, y se puso en práctica en los hospitales de Stafford y Dudley.

Como se trataba de hacer una construcción generada por adición de módulos se fijaron unas reglas de composición. Cada departamento debía desarrollarse en una sola planta y cubrir una superficie múltiple del módulo base, de 15x15m. Los departamentos quedarían enlazados entre sí mediante un corredor de distribución de tránsito y de instalaciones al que se denominó harness. La composición general del hospital se ajustaría a una

Harness
Hospital General del
Distrito de Stafford
Building Design
Partnership
1971-1982
Planta general



Planta del módulo
de hospitalización



mallla doble o malla tartan de $15 + 1,2$ m., correspondiente al ancho modular de uso más un sobreancho para la estructura. Se fijó también una retícula submúltiplo, de 60 cm. de lado, para las compartimentaciones interiores de los departamentos, y una altura máxima de cuatro plantas. En el sistema, la zona harness actúa como canal conectivo del hospital, y las redes generales de abastecimiento energético y de desagües se sitúan en el nivel de cubierta o en un canal enterrado. Las conexiones verticales, tanto para personas y materiales como las técnicas, estaban también distribuidas a lo largo de esa espina en cada intervalo de la trama. De esta forma el hospital, a pesar de su tamaño, era muy inteligible para todos los usuarios.

La Oficina de Presupuestos Sanitarios elaboró en 1970 un informe, publicado en la revista *Building for Health* n°. 35, que recomendaba abandonar la política de construcción de Hospitales de Distrito, por su carestía, e invertir los presupuestos en los centros comunitarios. A favor de éstos contaba su economía y también se aducían razones de proximidad con el entorno familiar de los pacientes y de una mayor facilidad de comunicación con la población. La década anterior había sido de gran optimismo, con unas tasas de natalidad muy elevadas y un importante crecimiento del nivel de vida, pero la gran crisis del petróleo en 1973, en el transcurso de la construcción de los hospitales Harness y Best Buy, aceleró la inflación e hizo poner en duda ese tipo de propuestas.

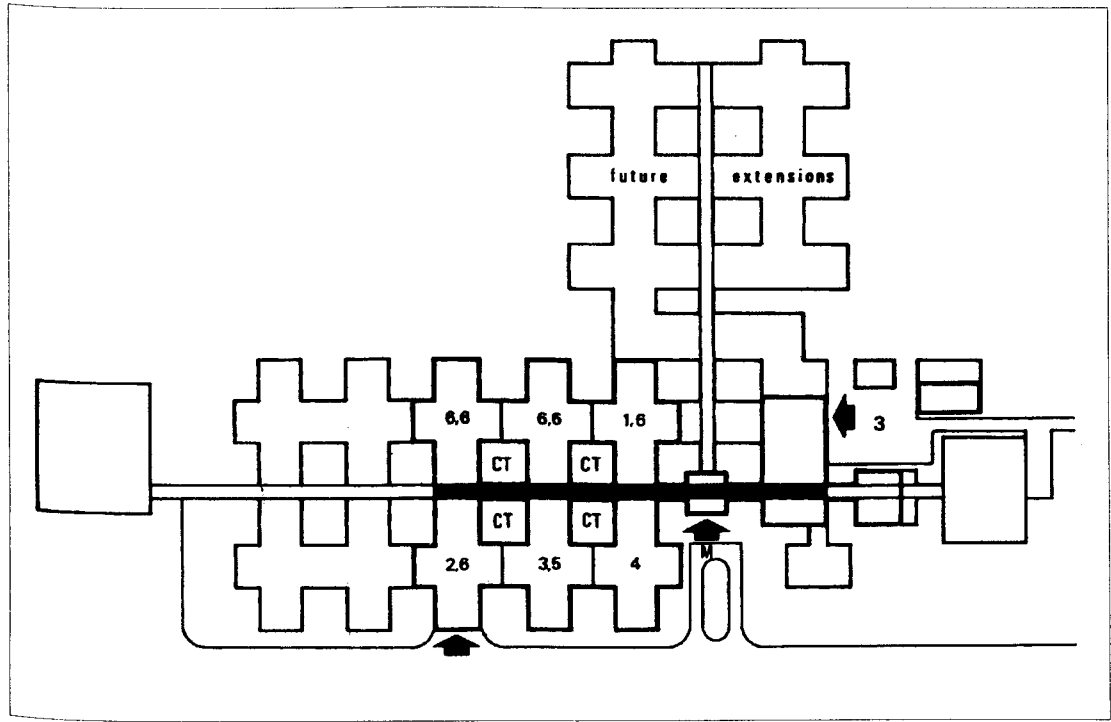
En 1975 Howard Goodman, sucesor de Tatton Brown al frente de la oficina de proyectos, adaptó las estrategias modulares del sistema Harness, desechado por la crisis, y desarrolló el concepto Nucleus. Su nombre alude a la construcción por partes. Este nuevo planteamiento buscaba la posibilidad de completar las estructuras sanitarias existentes en el país, en su mayor parte hospitales de pabellones, con la adición de las dotaciones imprescindibles que cubrieran las necesidades básicas del distrito. En su desarrollo se aceptaron los preceptos de economía del experimento Best Buy

y se buscó una versatilidad del modelo que permitiera trabajar tanto en remodelaciones y ampliaciones como en edificios de nueva planta. El sistema proyectual Nucleus se inspiraba en un proceso de composición de elementos y proponía la realización de un hospital con un primer núcleo de trescientas camas ampliable a seiscientas, dotado con los departamentos imprescindibles y los complementarios de los servicios ya existentes en su distrito. Los departamentos que no se considerasen estrictamente necesarios para el funcionamiento del hospital se centralizarían en dotaciones de una escala territorial mayor.

Ahora se trataba sobre todo de una estrategia de ensamblaje de componentes y era necesario establecer nuevas reglas. Se fijó un módulo cruciforme de departamento, de aproximadamente 1.000 m², sobre una malla de 16.2 x 16.2 m. La unidad de ese sistema componible era de nuevo un departamento standard de 1000 m², en forma de cruz para asegurarse una ventilación e iluminación naturales. Se ajustó también a una doble malla o tartan de 15 + 1.2 m. para encajar las estructuras dupli-

cadadas de piezas contiguas. Los módulos cruciformes se superponían en dos o, todo lo más, tres alturas, y se acoplaban a lo largo de un corredor de tres metros de ancho. Cada uno de ellos podía alojar dos unidades de enfermería de veintiocho camas, que con el tiempo se han ido reduciendo a veinticuatro. El sistema nucleus se ideó como instrumento de ayuda para los proyectos de hospitales, pero no estaba contemplado como un sistema constructivo porque se entendió que era necesario adaptar el hospital a su entorno, más aún cuando se trataba, no solo de construir edificios de nueva planta, sino también de incorporar nuevos módulos cruciformes a unos hospitales de pabellones pertenecientes a otro momento de la historia.

El sistema nucleus ha permitido acometer desde entonces un número elevado de obras de actualización en el conjunto de hospitales británicos, y varios proyectos de nueva planta entre los que se cuenta el Maidstone District General Hospital, realizado entre 1977 y 1983 por los arquitectos de los hospitales de Swindon y Wexham Park.

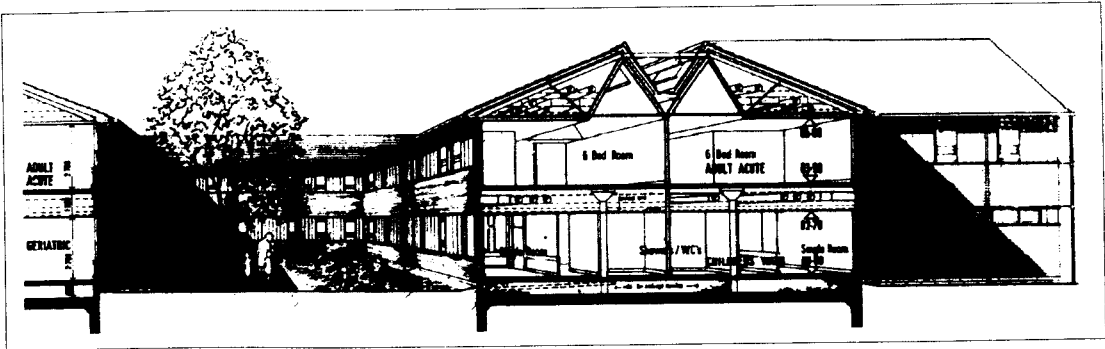


Nucleus. Hospital General del Distrito de Maidstone Inglaterra. Powell, Moya & Partners, 1977-83 Esquema general

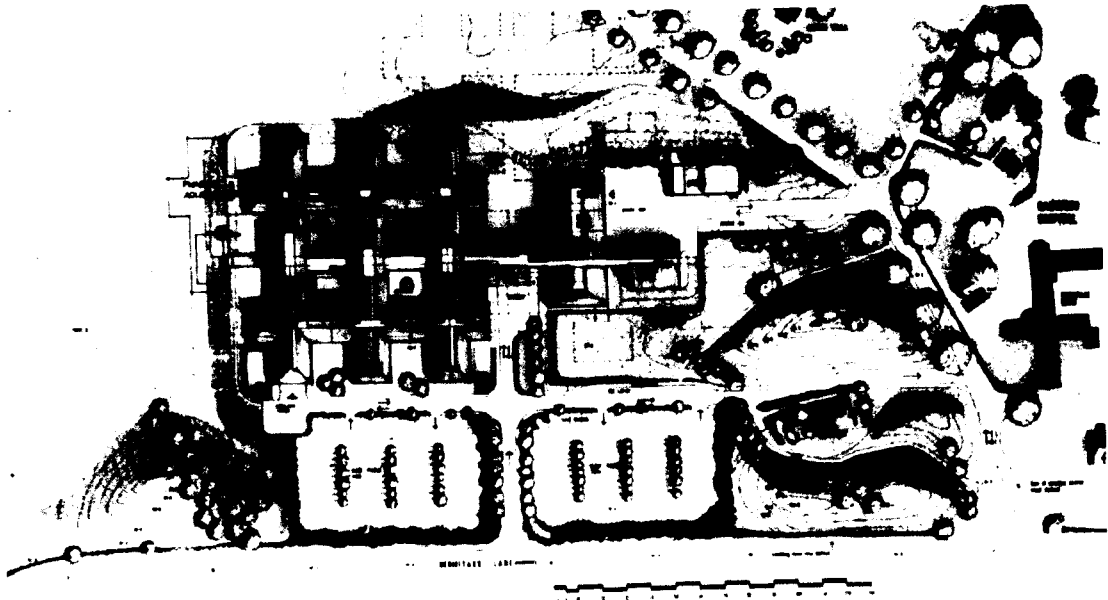
Hospital de Maidstone
Vista desde la
zona de ingreso

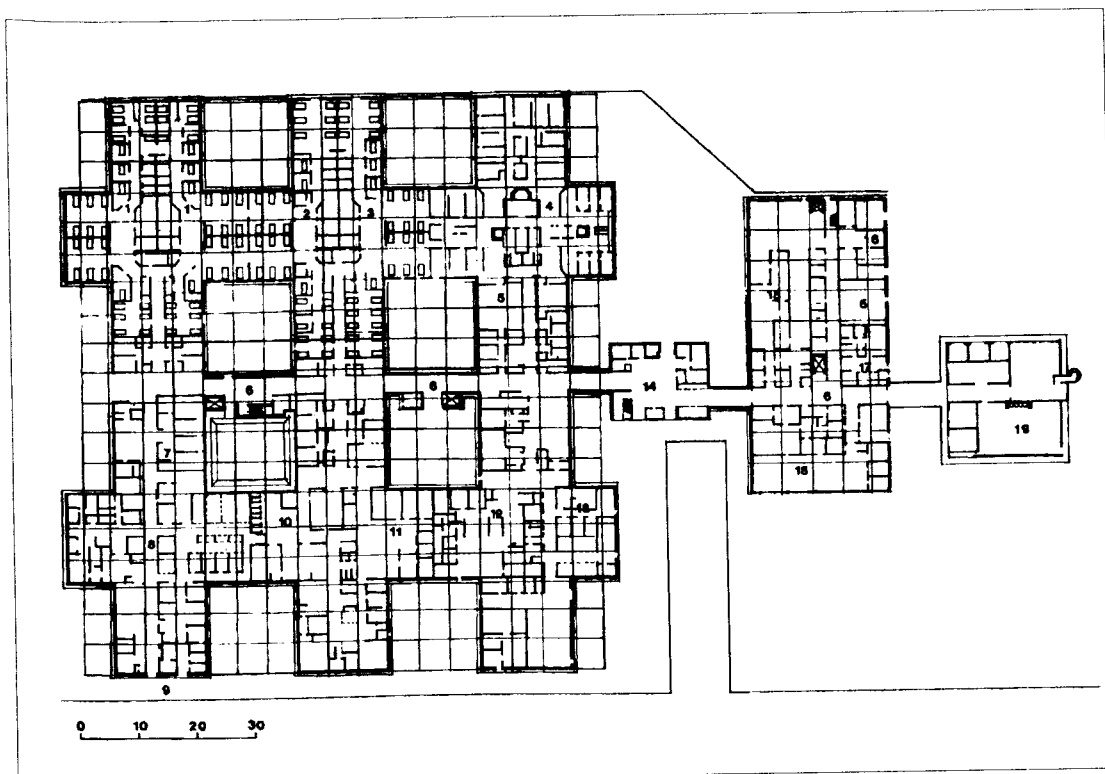


Sección fugada



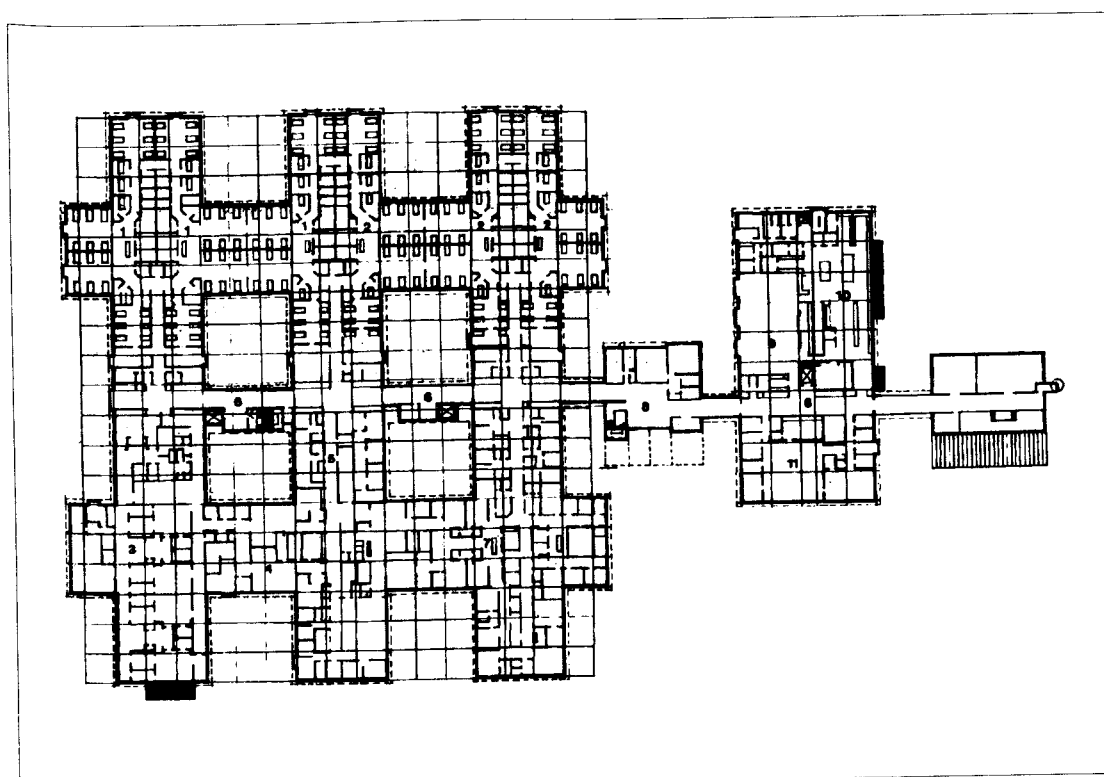
Planta general





Planta baja

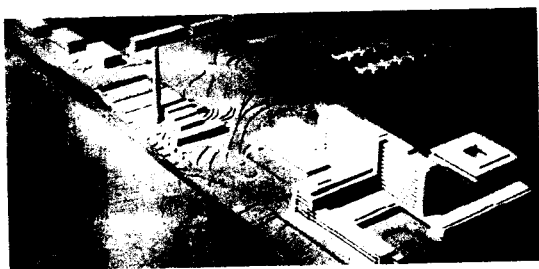
1. Hospitalización pediatría
2. Hospitalización geriatría
3. Hospitalización medicina general
4. Policlínica
5. Archivo
6. Corredor
- 7-8. Urgencias
9. Entrada de urgencias
10. Radiodiagnóstico
11. Administración
12. Farmacia
13. Rehabilitación
14. Entrada principal
15. Depósitos
16. Suministros
17. Mortuario
18. Laboratorios
19. Centrales técnicas



Planta primera

1. Hospitalización medicina general
2. Maternidad
3. Bloque quirúrgico
4. Cuidados intensivos
5. Reanimación
6. Corredor
7. Bloque partos
8. Docencia
9. Restaurante
10. Cocina
11. Laboratorio de patología y hematología

Hospital central de
Tampere, Finlandia
Erkki Holmää
& Veijo Martikainen
1955-1964
Maqueta



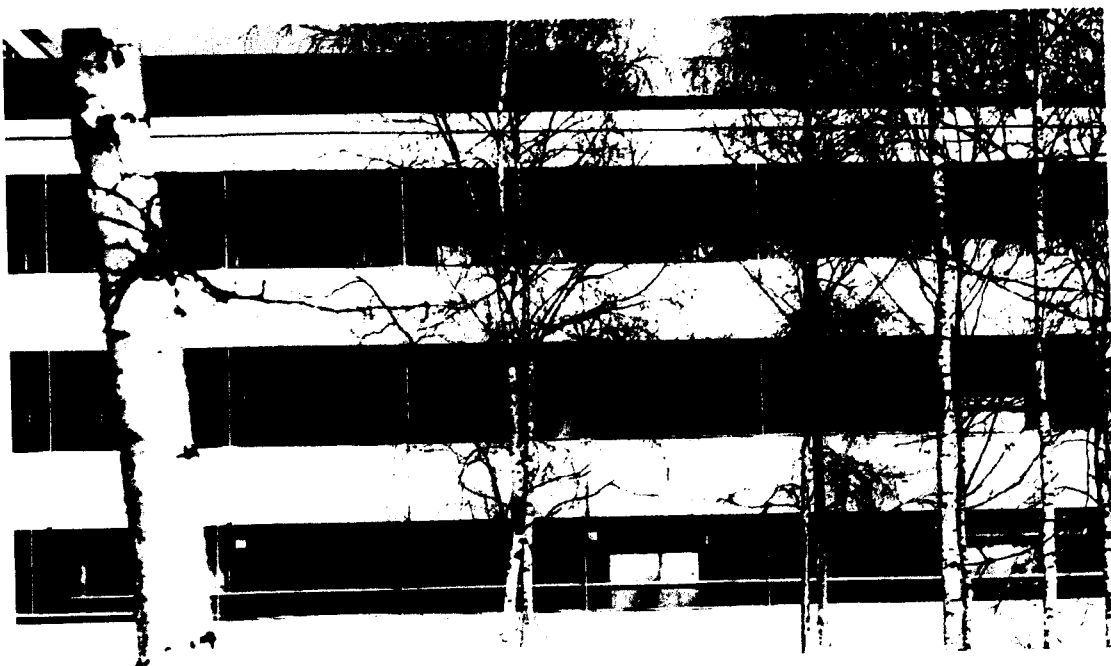
Otros proyectos contemporáneos

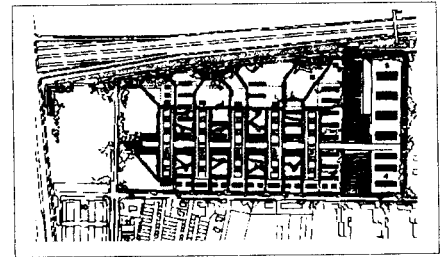
El hospital vertical de los años sesenta había evolucionado hacia esquemas de torre y base por una lógica concentración de recursos clínicos debida al encarecimiento de los nuevos aparatos médicos de diagnóstico y tratamiento. Pero esta tipología vertical tan sólidamente establecida estaba siendo incapaz de adaptarse a unos nuevos parámetros de mayor complejidad. Las áreas de internamiento mantenían su estabilidad formal, aunque se habían duplicado de tamaño como consecuencia de la avalancha de pacientes que habían provocado la ampliación de la cobertura sanitaria a toda la población y la inclusión en el hospital de numerosos actos médicos que antes se resolvían en los hogares o en los centros comunitarios, como partos y urgencias. Aún así, el mayor problema se daba en el área técnica, en donde aparecían unas nuevas exigencias de crecimiento y cambio que iban a multiplicar por cuatro sus necesidades de espacio. La que en principio había sido una estructura sencilla configurada con unos pocos servicios clínicos no lograba dar cabida a una diversificación compleja de áreas especializadas. Además, la medicina preventiva y los servicios ambulatorios estaban adquiriendo una gran

importancia, y provocaban una acumulación imprevista de pacientes externos. Esa situación obligó a replantear la sencilla relación existente hasta ese momento entre la hospitalización y los servicios clínicos, y a establecer nuevos sistemas de relaciones entre una multitud de unidades clínicas. Se produjo entonces una transformación del hospital, que se replanteó sobre estructuras lineales de bloques independientes ordenados sobre unos ejes de circulación, ó bien sobre estructuras matriciales formadas por series de módulos semejantes insertos en una trama tridimensional. Ambos tipos proporcionaban una mayor flexibilidad de relaciones entre las partes y una mejor disposición para responder a los problemas de crecimiento y cambio.

Durante los años sesenta y setenta se llevaron a cabo en los países Escandinavos varios proyectos de hospitales extensos con una gran repercusión internacional. El Hospital de Varberg en Suecia, terminado en el 1973, fue uno de los primeros prototipos de la serie. En dicho hospital de cerca de 750 camas se actualizó a las nuevas exigencias el tipo de torre, proyectada en este caso como un bloque laminar, y base, ordenada por medio de una serie de bandas y perforada por patios ajardinados.

Detalle

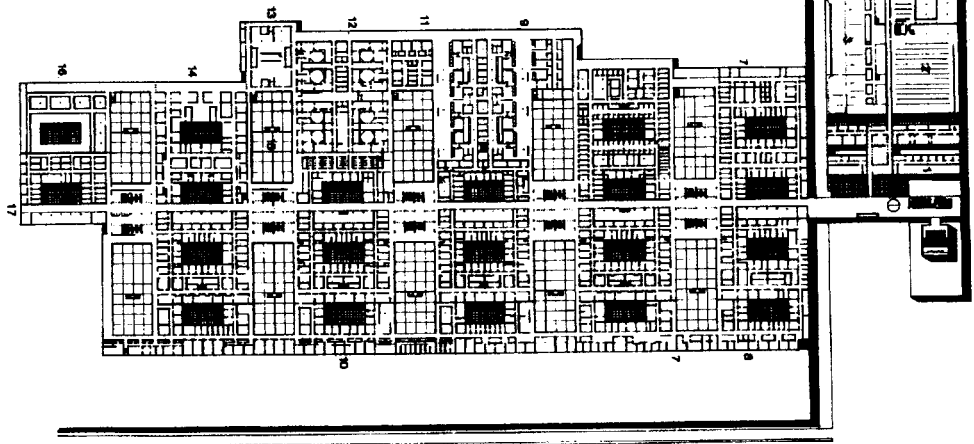




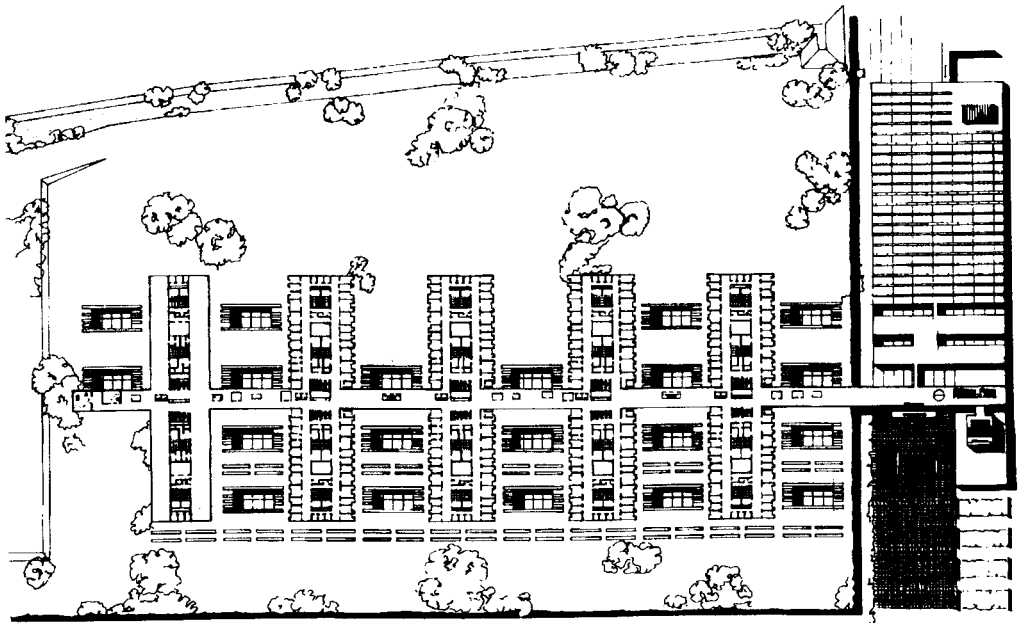
Planta general

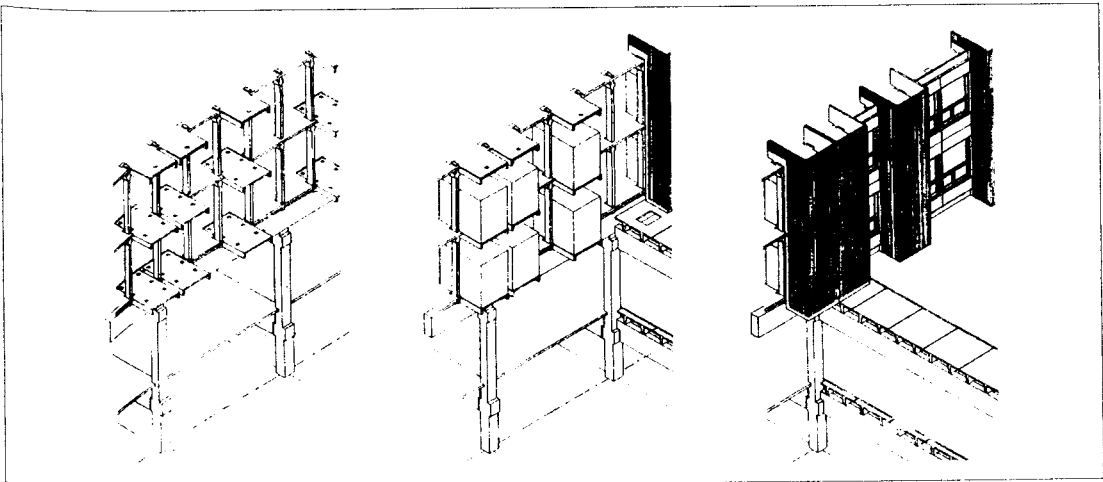
Planta superior del edificio de base

- | | | |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| 1. Administración | 7. Ambulatorio | 12. Bloque quirúrgico |
| 2. Esterilización central | 8. Banco de sangre | 13. Recuperación |
| 3. Cocina | 9. Radiodiagnóstico y radioterapia | 14. Cuidados intensivos |
| 4. Entrada de servicio | 10. Laboratorios | 16. Psiquiatría |
| 5. Central térmica | 11. Maternidad | 17. Acceso |
| 6. Capilla | | |

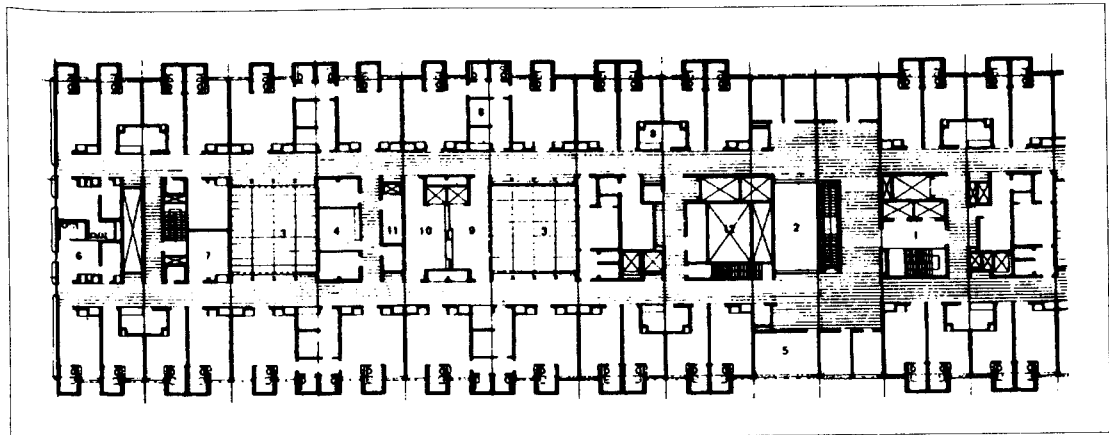


Planta de acceso general Hospitalización

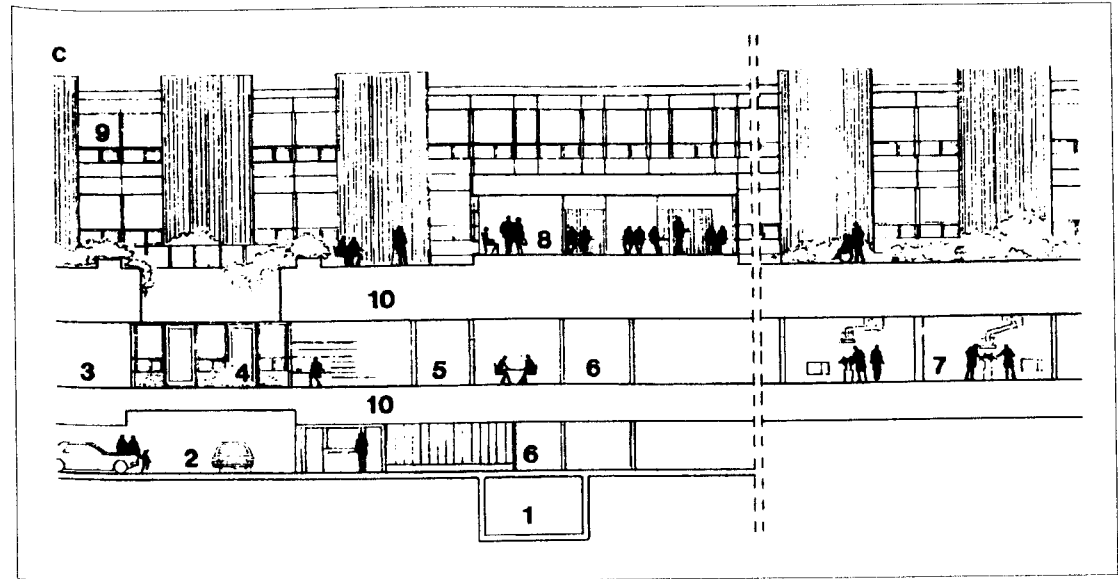




Esquema de construcción con elementos prefabricados

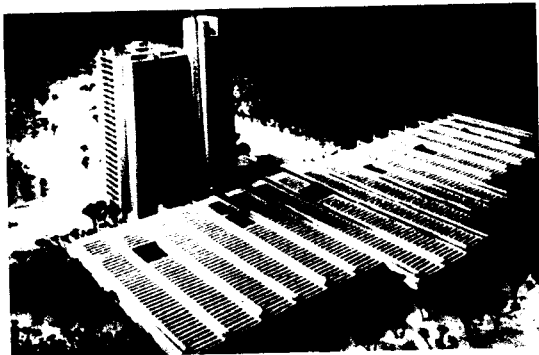


Planta de hospitalización



Detalle de sección

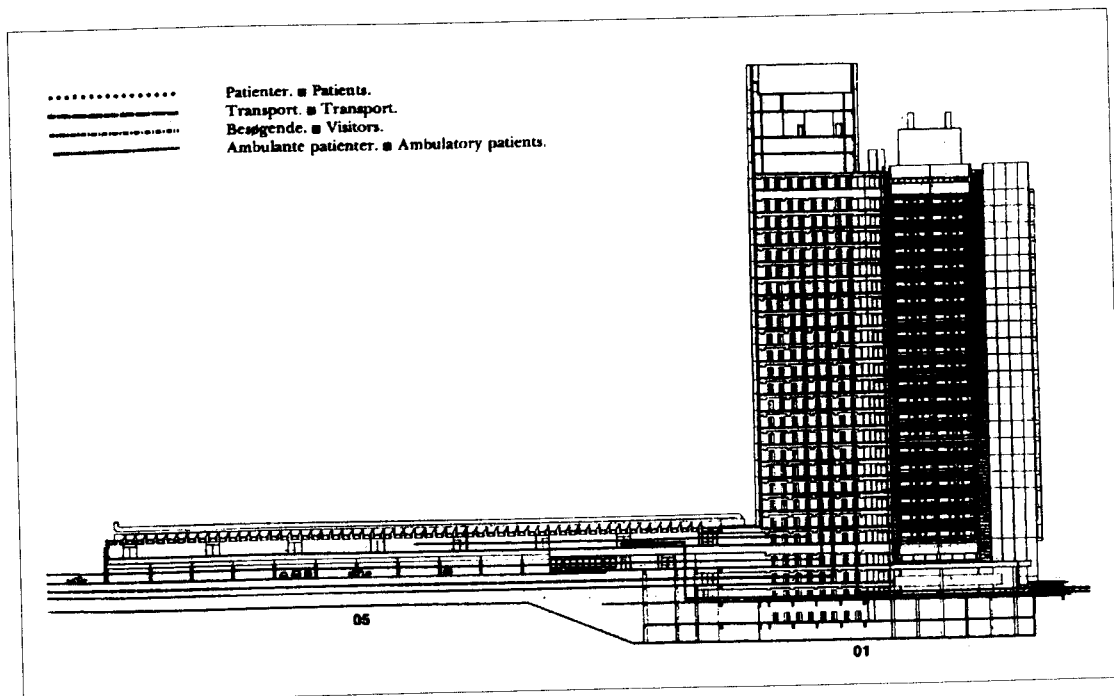
Hospital del distrito
de Herlev, Copenhague
Bornebusch, Brüel
& Selchau
1966-1976
Maqueta

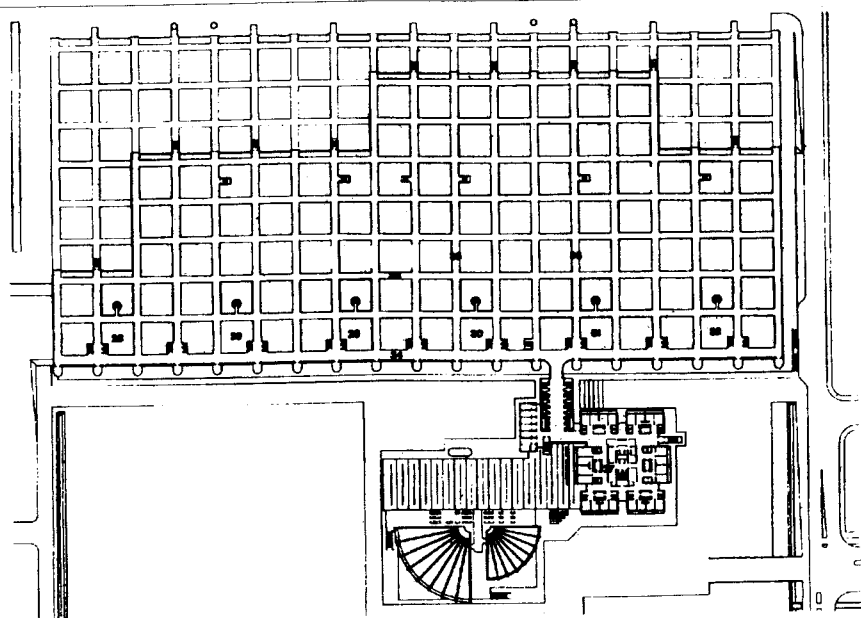
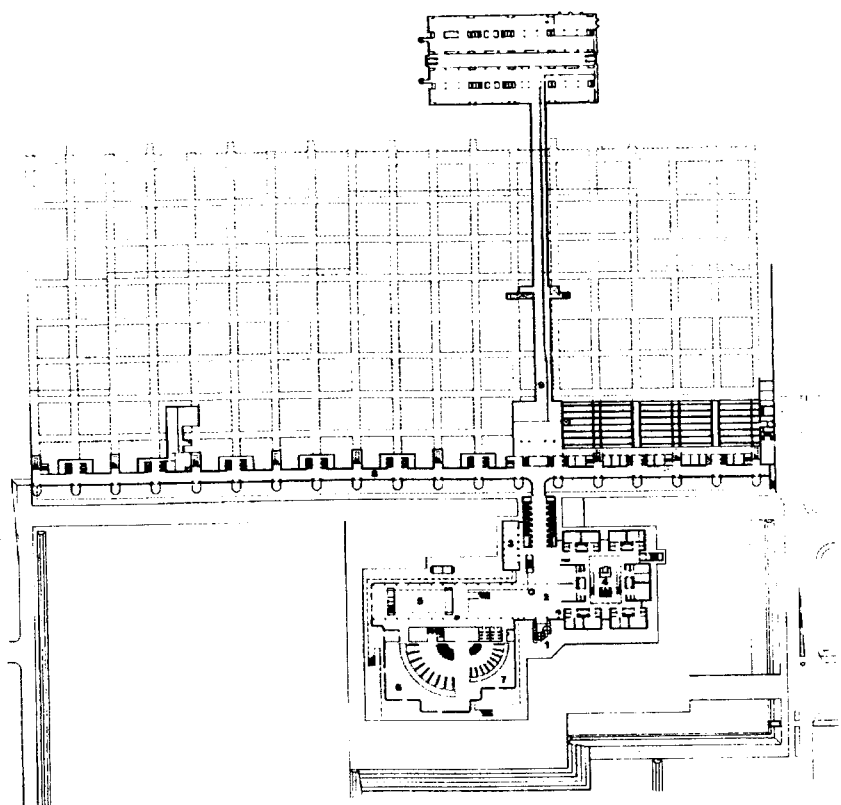


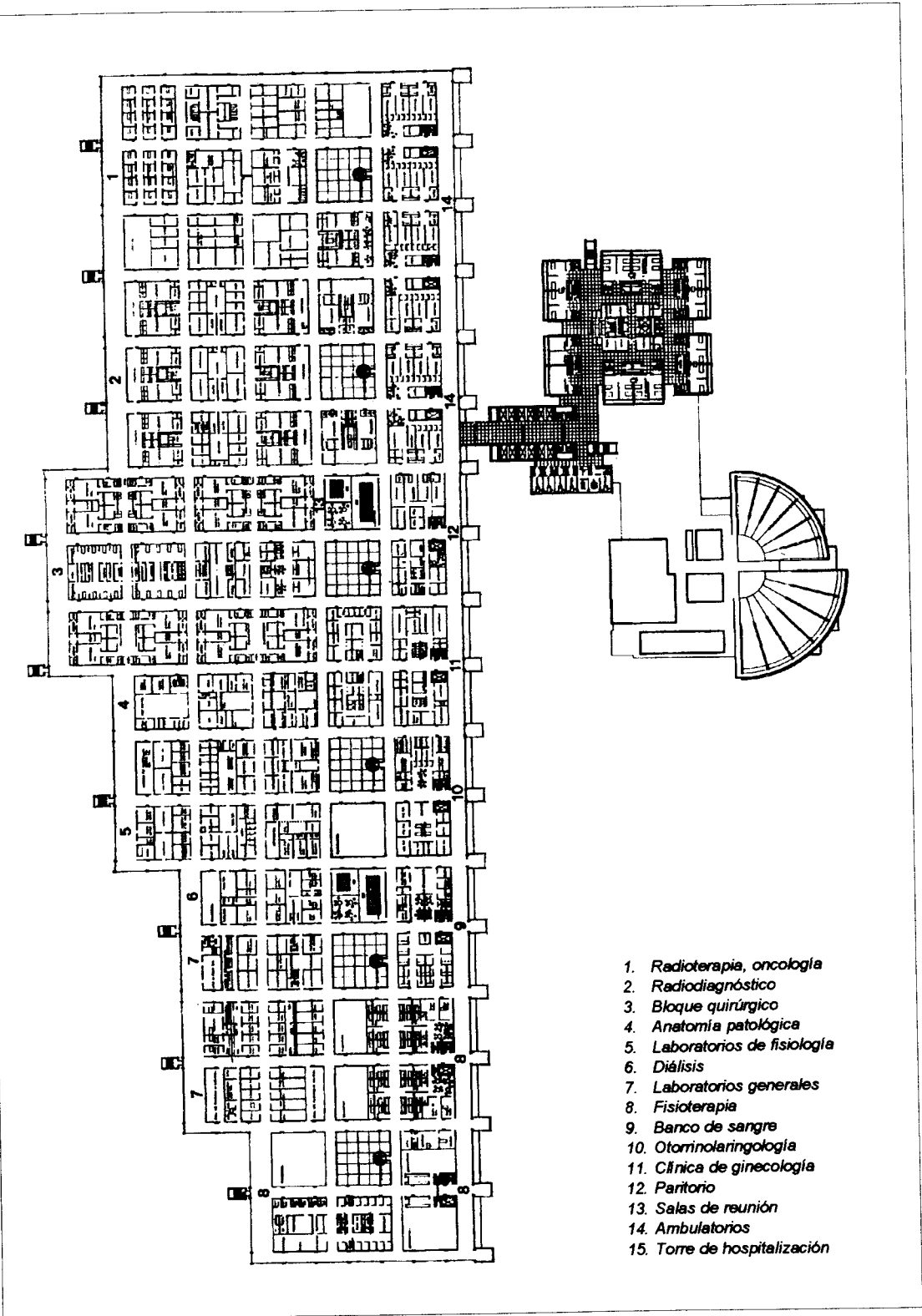
El proyecto desarrollado por G. Bornebusch, M. Brüel y J. Selchau entre 1966 y 1976 para el Hospital del distrito de Herlev, también en Copenhague, proponía una separación radical de la torre de hospitalización, con sistema de enfermería también centralizada, y la base de tratamientos, configurada como una estructura matricial exacta. La torre se descompuso a su vez en tres estructuras verticales, de enfermería, de oficinas para médicos, y de ascensores, con dieciséis ascensores de alta capacidad y velocidad que constituyen la arteria de tráfico principal. Cada planta se diseñó para 48 camas dispuestas en seis grupos de cuatro habitaciones, de una, dos o tres

camas, todas con la holgura dimensional y el detalle cuidadoso característicos del estándar escandinavo, con sus correspondientes baños, aseos y armarios. El centro de la torre se ocupó por el área de trabajo, con cuartos de exploración, almacenes de limpio y sucio, salas de reunión y dos ascensores propios para material contaminado. En la última planta de este edificio de hospitalización se dispusieron los espacios de ocio, como salas de lectura, cuartos de estar, talleres de bricolaje y terrazas al aire libre. El edificio de tratamientos, que estaba iluminado cenitalmente, se dividió en unidades de planta cuadrada de 15 metros de lado, separadas por corredores de tres metros de ancho, los más cortos de distribución general, discriminada para uso de pacientes encamados, externos, o transporte de material, y los largos para acceso a los diferentes servicios clínicos. Todo ese desarrollo contemplaba las posibilidades de crecimiento y cambio de manera que no alterase el ritmo de funcionamiento del hospital, con una estructura de cuatro pilares por módulo y también con particiones ligeras y un sistema de reparto homogéneo de instalaciones por techo y suelo.

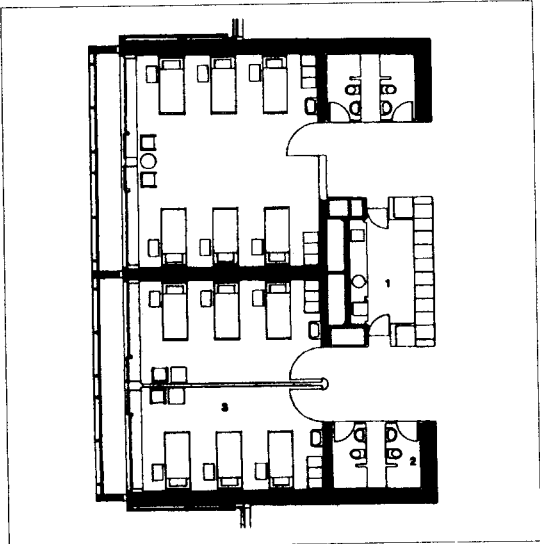
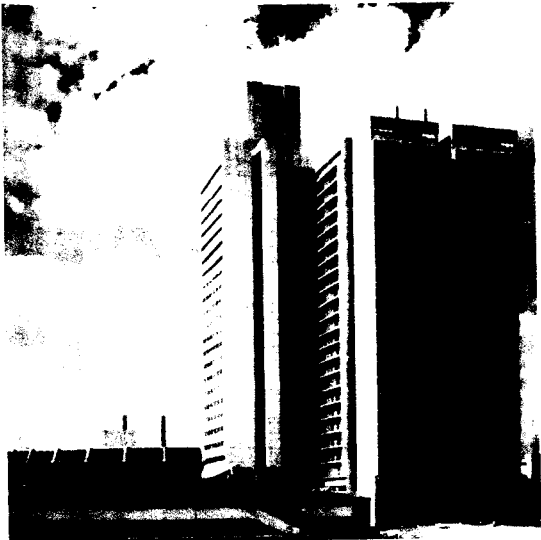
Sección







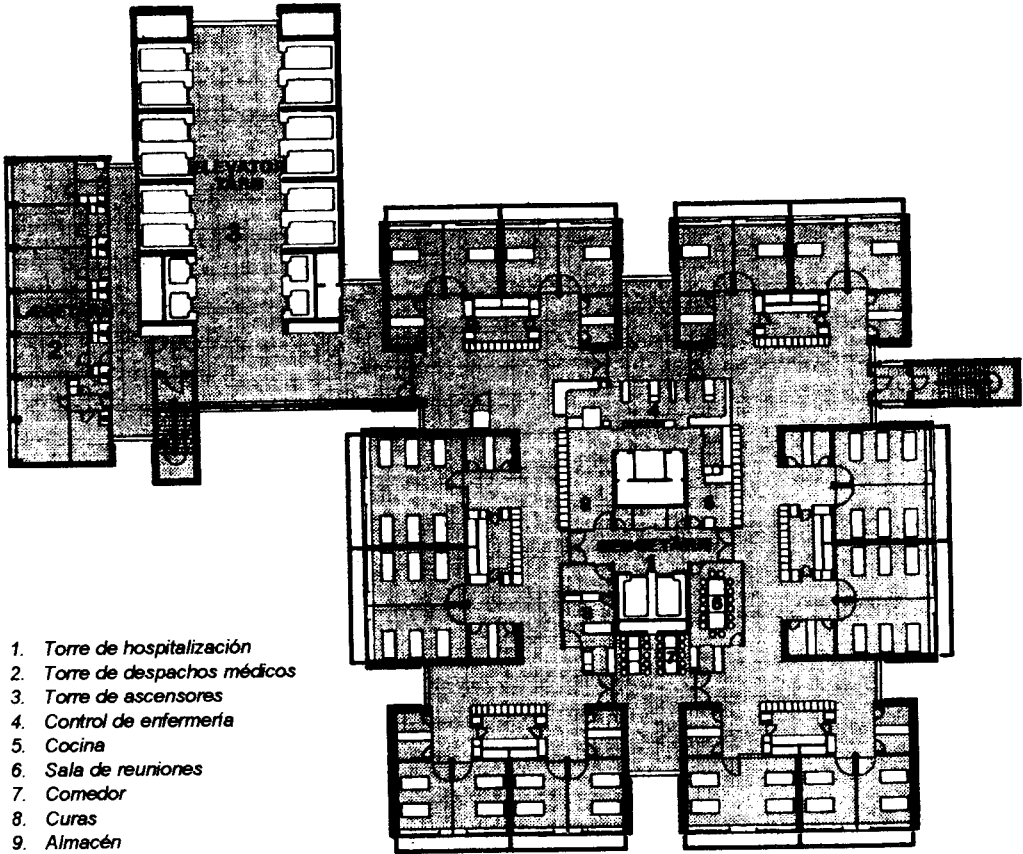
Torre de hospitalización



Detalle de planta

- 1. Oficio
- 2. Baño
- 3. Habitación

Planta tipo de la
torre de hospitalización



- 1. Torre de hospitalización
- 2. Torre de despachos médicos
- 3. Torre de ascensores
- 4. Control de enfermería
- 5. Cocina
- 6. Sala de reuniones
- 7. Comedor
- 8. Curas
- 9. Almacén

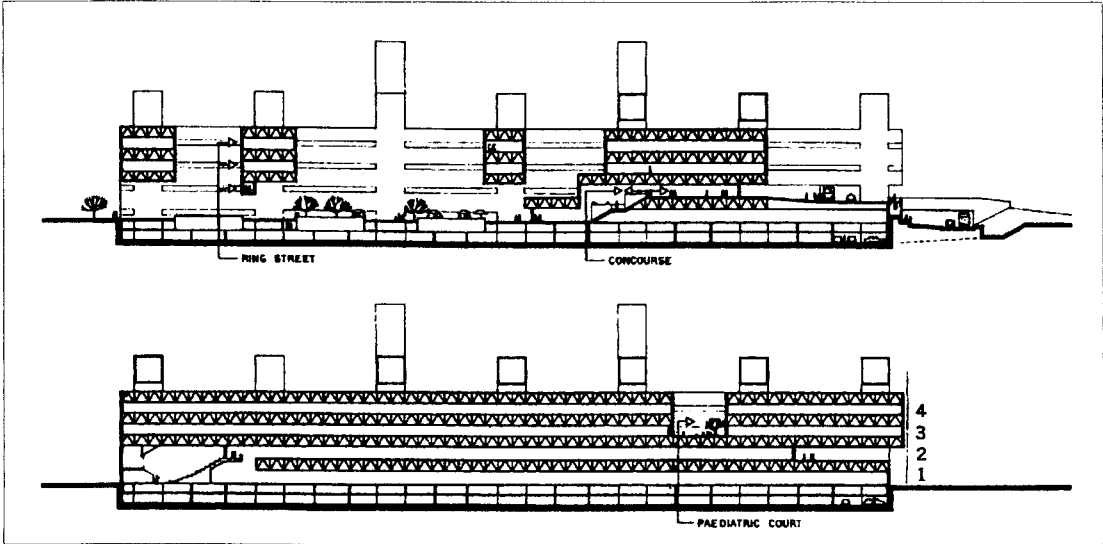
Complejo Mc Master
Ontario, Canadá
Craig, Zaidler & Strong
1967-1973



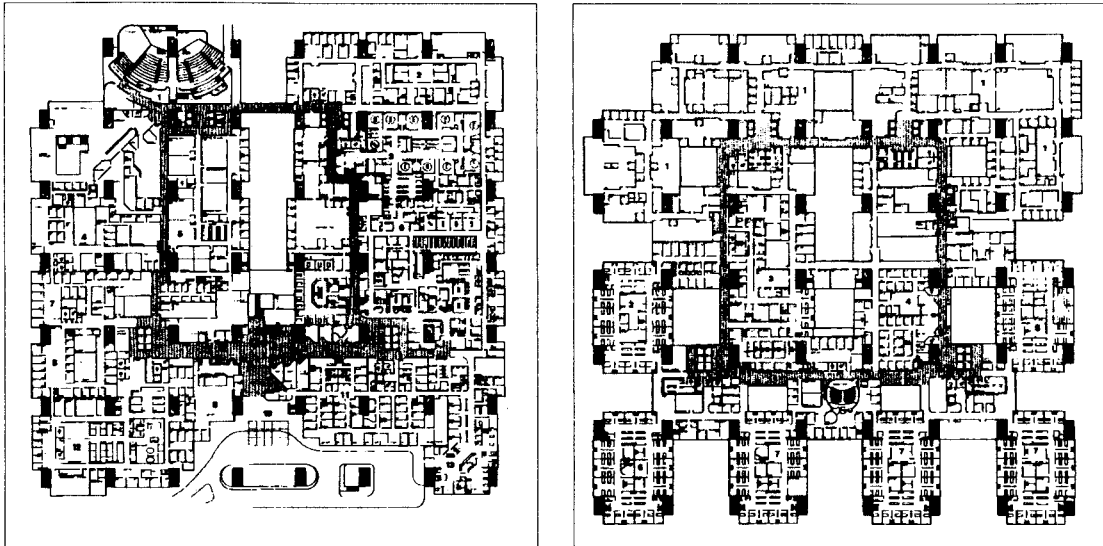
En los años anteriores a la crisis del petróleo apareció también otra manera de concebir los proyectos de los hospitales como contenedores sofisticados que proporcionaban una flexibilidad total a unos interiores aptos para cualquier uso y con una disposición absoluta para afrontar las continuas modificaciones demandadas por el avance de la ciencia médica. A partir de la construcción del Hospital de Greenwich comenzaron a proyectarse algunos ejercicios que aceptaban e incluso exhibían la sofisticada ingeniería de sus instalaciones como señal inequívoca de los nuevos tiempos, descartando la anterior estética muda de

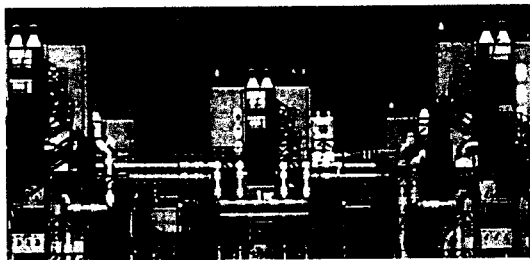
los contenedores. Los hospitales adoptaban las fachadas industriales de las fábricas a la vez que todo el aparataje clínico se mostraba como una maraña de cables, tubos y piezas de alta tecnología. Como no podía ser de otra forma, los prototipos de esta tendencia se produjeron en el contexto de dos sociedades muy desarrolladas, Canadá y Alemania. Tanto el Complejo Mc Master en Ontario, diseñado por Craig, Zaidler y Strong entre 1967 y 1973, como el Policlínico de Aquisgrán, de Weber y Brand, realizado entre 1968 y 1982, se presentaban como retículas tridimensionales de espacios servidores de instalaciones

Secciones



Plantas baja y tercera

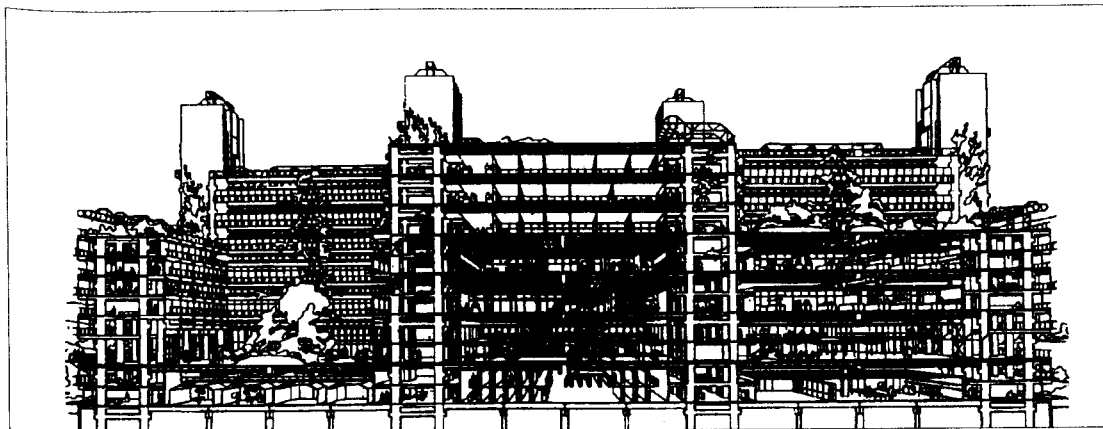




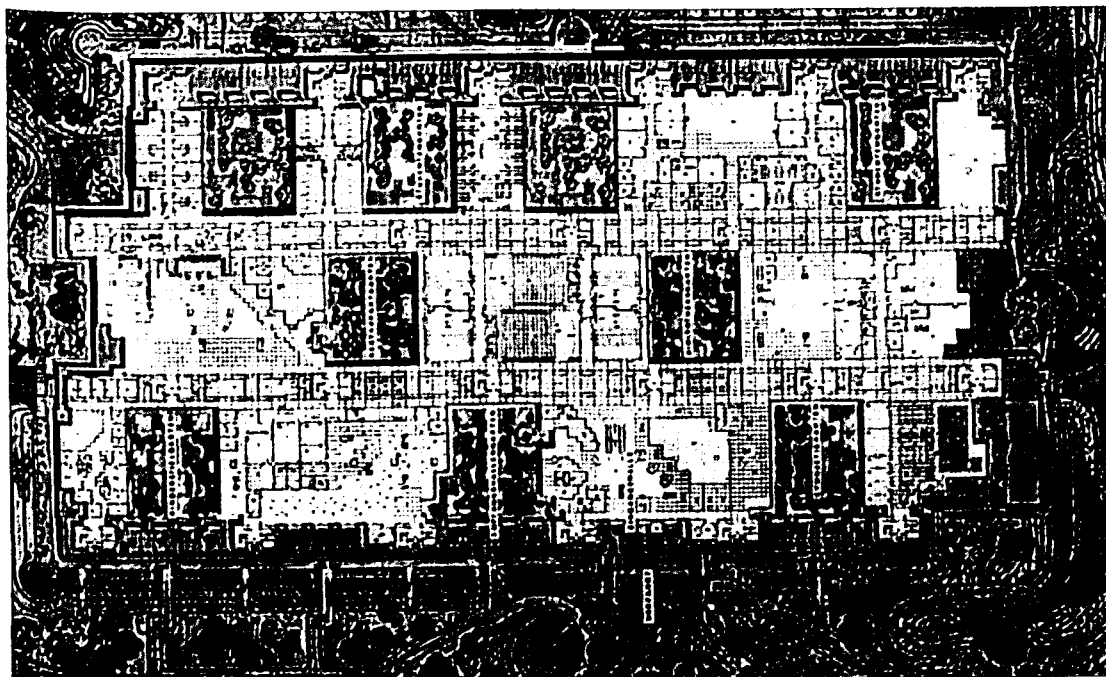
*Policlínico de Aquisgrán
Alemania. Weber & Brand
1969 - 1982*

que dejaban entre sí una matriz de espacios funcionales enganchados por conductos de circulación horizontal y vertical. Con esos proyectos se daba un paso más en la carrera por desvincular la construcción de hospitales de su planificación. Los gastos y las superficies empleadas para la construcción de estas megaestructuras, que sobrepasaban los 250 m² por cama, no contaban, pues habrían de amortizarse con creces y porque se proyectaron en un momento de economía floreciente en que todavía no se había previsto el problema de la sostenibilidad del gasto sanitario.

La crisis del petróleo cambió la situación de un modo drástico, y los diferentes sistemas de salud tuvieron que replantearse sus actuaciones en el marco de una política de contención del gasto. En ese momento ya era obligado dar una cobertura global a toda la población, pero no era menos imprescindible aplicar estrategias de optimización de los recursos. Ya no era posible hacer los mejores hospitales, tocaba la hora de reconsiderar las instalaciones sanitarias existentes para planificarlas como estructuras complementarias en una escala territorial mayor. De nuevo el National Health Service británico iba a ser la referencia.



Sección fugada



Planta general

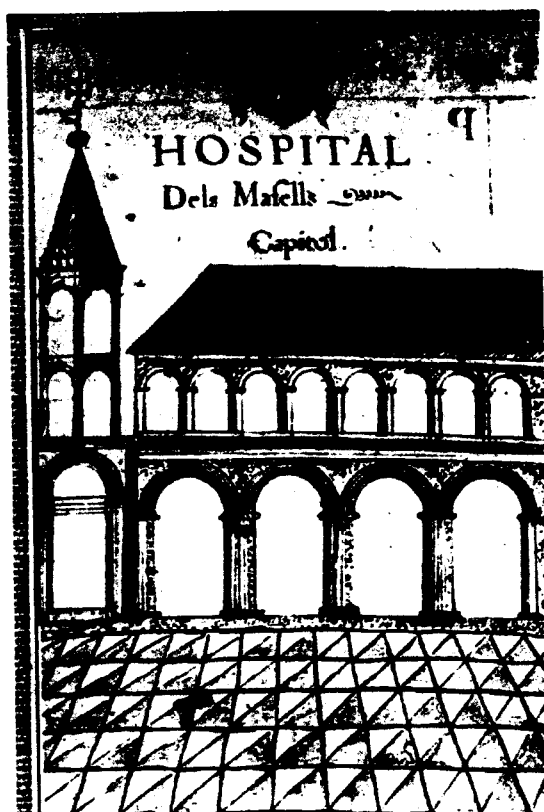
5.- Hospitales españoles. Antecedentes históricos

En España, como en el común de los países europeos, la asistencia a los enfermos se ha desarrollado históricamente como un conjunto de socorros particulares, en general enmarcados en el contexto religioso de la caridad, desde que las primeras órdenes monásticas que colonizaron Europa tomaron para sí la tarea habitual de mantener enfermerías. En el orden religioso-político medieval del continente y hasta la Reforma, la asistencia a los enfermos estuvo mezclada con la del resto de personas marginadas y basada en la caridad cristiana. Pero hacia el siglo XV el resultado de esa tradición de mil años era una proliferación de fundaciones donde se reunía sin distinción a todos, enfermos y necesitados, que llegaron a ser numerosísimas y por término medio pequeñas. Después del siglo XVI, el partido tomado por la monarquía española a favor de la Iglesia de Roma permitió a los reyes controlar las órdenes y también usarlas para ordenar la nueva sociedad urbana que prosperaba

en las ciudades. Surgió entonces la idea de concentrar todas esas pequeñas bolsas de indigencia en grandes instituciones generales que permitieran ejercer el control de la mendicidad, a la que habrían de alojar. Es significativo que entre las primeras grandes construcciones del doble reino de Aragón y Castilla, a punto de fundirse en la Corona de España, encontremos varios hospitales-asilo emparentados con los últimos del Renacimiento y trazados con el nuevo patrón ideal propuesto por Filarete para el hospital del Duque de Milán. Estaban situados estratégicamente en las ciudades importantes como Santiago, centro de peregrinación internacional, Toledo, capital del reino y Granada, la última capital reconquistada. Todas, ciudades de aluvión colmadas de mendigos.

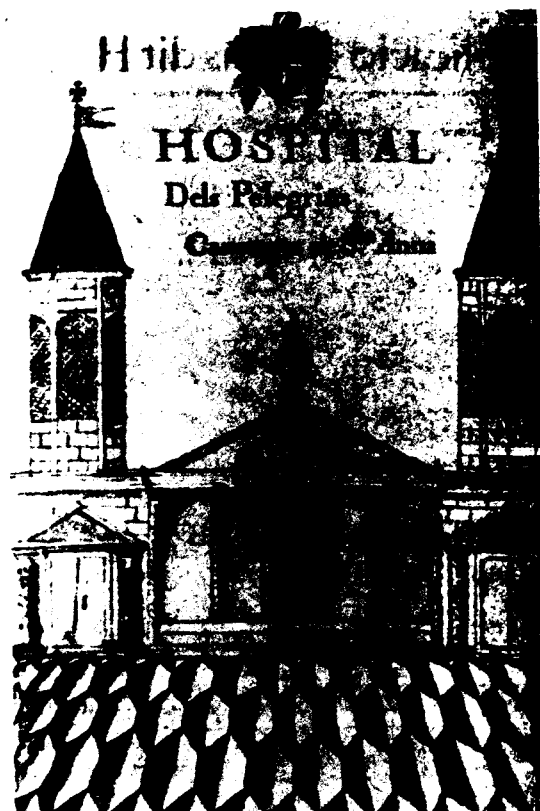
Los recursos y el dinero que llegaban de América no eran suficientes para mantener el Imperio y también para continuar esa tarea de limpieza urbana iniciada por los Reyes Católicos. Mientras la iniciativa privada con-

Dibujos de dos de los pequeños hospitales barceloneses que dieron origen, tras su fusión, al Hospital General de Santa Creu, de 1401



Izq: Hospital de Bernard Marcús, del siglo XII

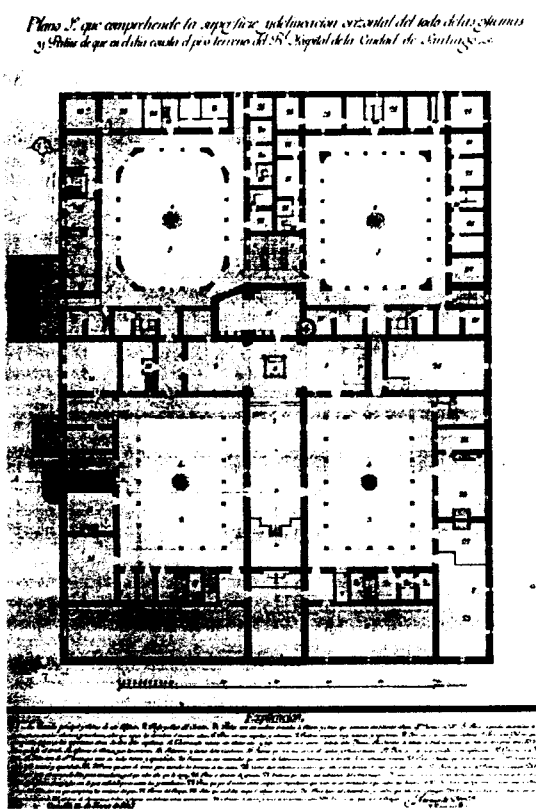
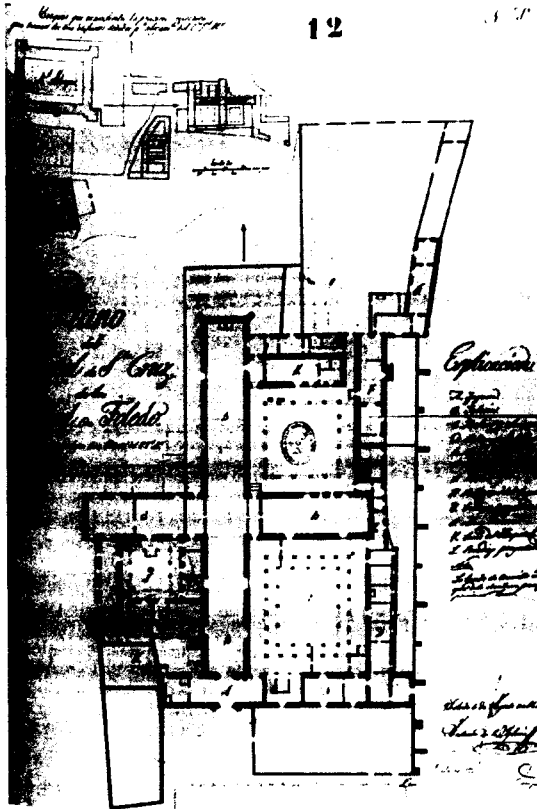
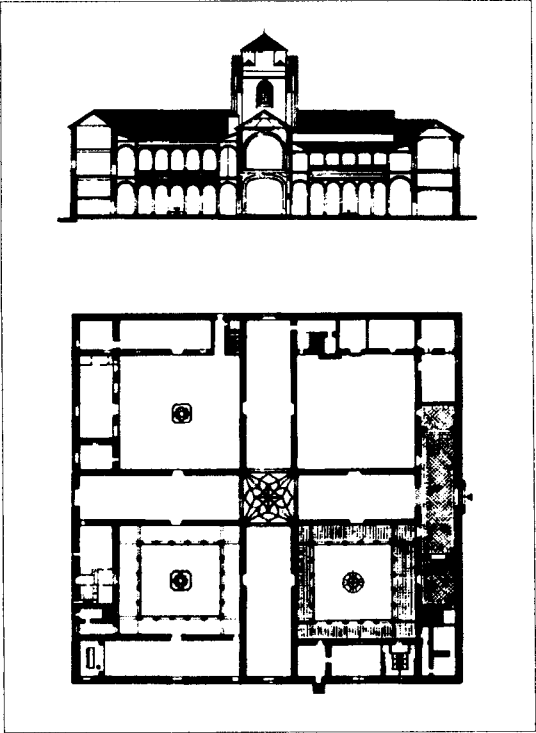
Dcha: Hospital catedralicio de San Lázaro, del siglo XI



tinuaba dibujando un mapa de pequeñas fundaciones, el esfuerzo de los reyes se centró más en la redacción de constituciones para los edificios heredados y en el reparto de papeles entre las órdenes seglares y religiosas. A lo largo de los siglos dieciséis y diecisiete se perfilaron los cometidos específicos de todas ellas: los hermanos de San Juan de Dios se especializaron en venéreas, los Obregones, en gestión; los Betlemitas se dedicaron fundamentalmente a la atención de los dementes y las hermanas de la Caridad se ocuparon de asistir a todos ellos en las enfermerías.

Durante la Ilustración se produjo un nuevo esfuerzo de concentración, pero esta vez clasificando los establecimientos asilares por especialidades, tal como se había hecho en otros países de Europa durante el siglo diecisiete. Los ilustrados tendían a ver el hospital tradicional como una antesala de la muerte, y en general prefirieron invertir sus recursos en inclusas, hospicios, orfanatos y asilos donde recluir a los marginados y tratar de devol-

Hospital Real, Granada, 1504



Izq: Hospital de Santa Cruz, Toledo, 1494

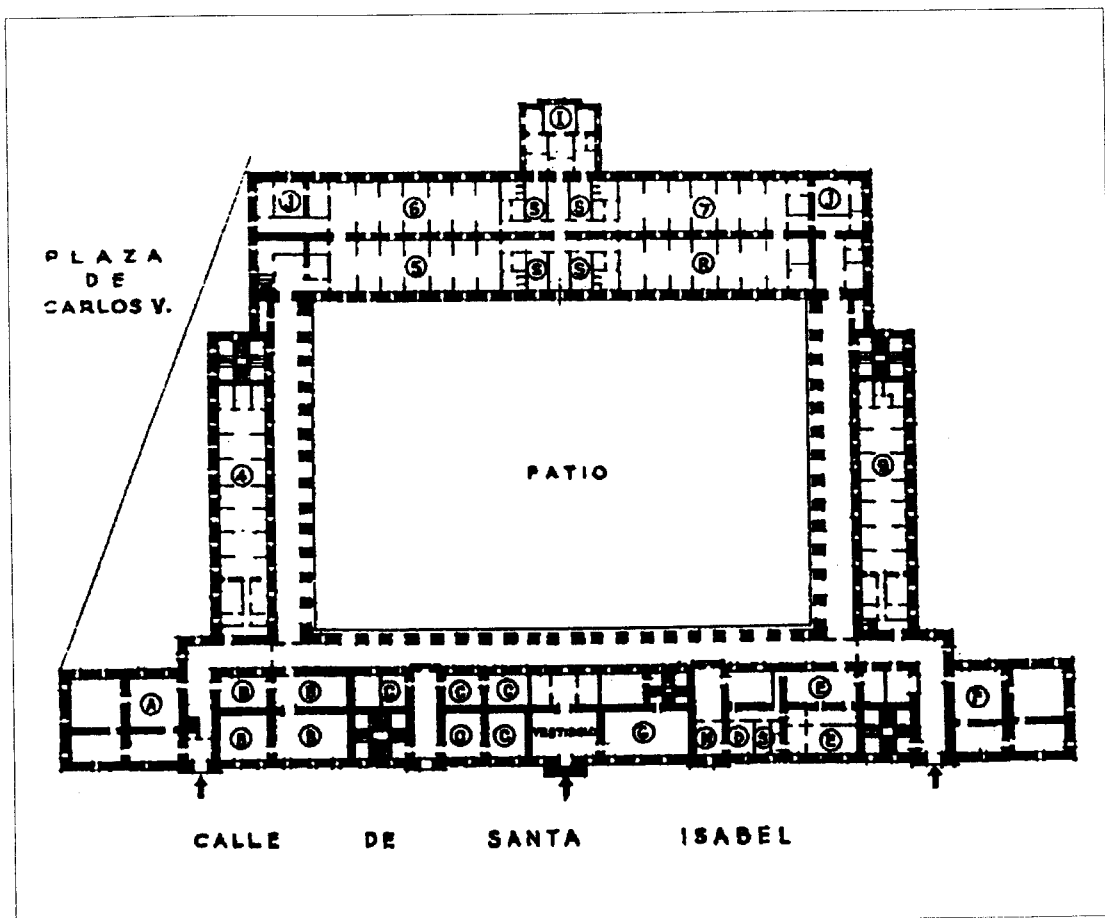
Dcha: Hospital de los Reyes Católicos Santiago, 1492

verlos a la sociedad. Para este fin propiciaron una red de control policial, apoyada por los episcopados, las juntas de caridad y el Protomedicato, que se ocupó de poner bajo techo vigilado a cuanto desocupado se encontrase por las ciudades. Aún así dejaron algunos ejemplos destacados de lo que se entendía entonces como hospital, como el General de la calle Atocha, bautizado más tarde como Hospital Provincial de Madrid y reconvertido ahora en Centro de Arte Reina Sofía.

Una vez hecha la división territorial de España en provincias administrativas se procedió a la reorganización de la Beneficencia, que a partir de la Ley de Sanidad de 1855 pasó a depender del Ministerio de la Gobernación. Después de la Desamortización las competencias de los obispos y de las juntas de beneficencia se transformaron

en obligaciones de los gobernadores civiles y de los ayuntamientos, controlados de cerca por los inspectores de la recién creada Dirección General de Sanidad. La labor de construcción de hospitales, incluidas y demás quedó a cargo de las diputaciones provinciales; los ayuntamientos hubieron de ocuparse de la atención domiciliaria y de contribuir al mantenimiento de las instalaciones provinciales en la medida que hicieran uso de ellas. El Estado se encargó a partir de esa fecha de las enfermedades de grave trascendencia social como el cólera, la tuberculosis y otras epidemias, así como de la coordinación administrativa. Esta organización de competencias entrecruzadas definida por la ley de 1855 produjo un efecto de dispersión de la actividad sanitaria, agravado por numerosas enmiendas en materia de legislación sanitaria, pero se mantuvo intacta durante más de un siglo.

*Hospital Provincial
de Madrid
J. Hermosilla / F. Sabatini
1756 - 1781*



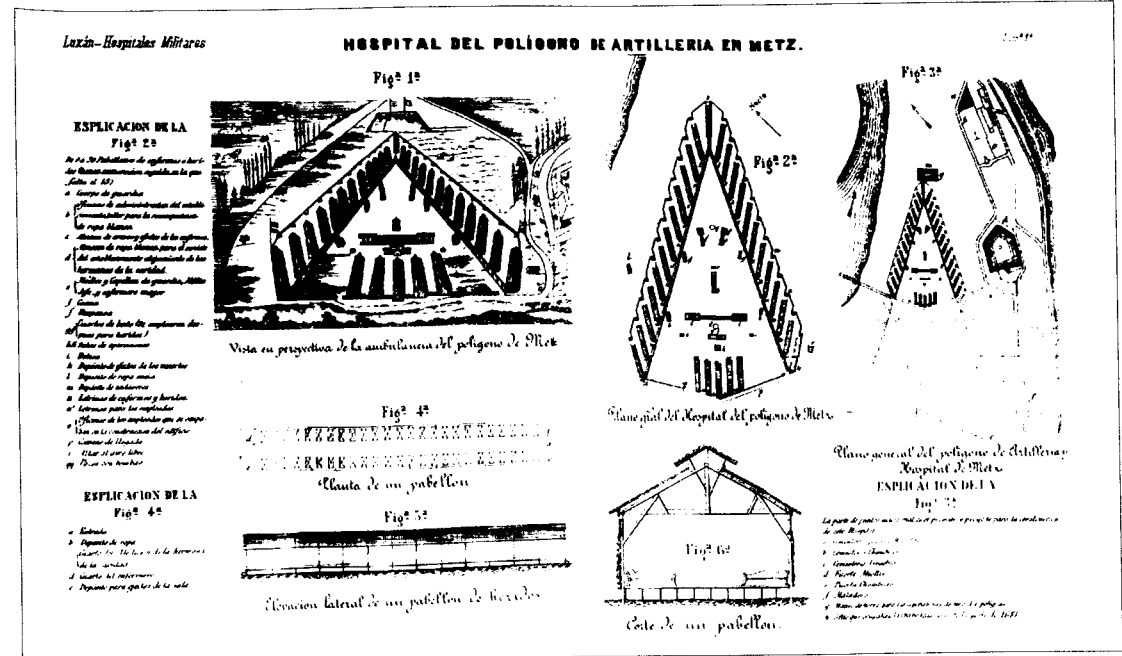
Hospitales militares

A mediados del diecinueve se dejó sentir una preocupación nueva por la salubridad y la higiene que inculcó en la conciencia pública un profundo malestar debido a las deficientes condiciones de los hospitales del país. Se sintió la necesidad de una renovación, que fue impulsada en primer término por organismos oficiales no dependientes del ramo de la Beneficencia, como el ejército, o por instituciones religiosas y filantrópicas. Por esa época y a partir de la construcción en 1848 del hospital francés Lariboisière había comenzado en toda Europa un proceso acelerado de sustitución de los viejos hospitales por los del nuevo tipo de pabellones. El hospital Lariboisière cristalizaba un tipo de hospital largamente debatido a lo largo de la primera mitad del siglo, y con él había aparecido un ejemplo real para afianzar las teorías de médicos y arquitectos. Por otro lado, las guerras de Crimea, la de secesión en Norteamérica y la franco-prusiana de los años setenta habían aportado también la experiencia de hospitales de campaña y soluciones originales de instalaciones provisionales ligeras, con algunas patentes de prefabricación entre las que destacó por su popularidad la diseñada por Tollet para el ejército francés. Los militares españoles tenían una larga y continuada

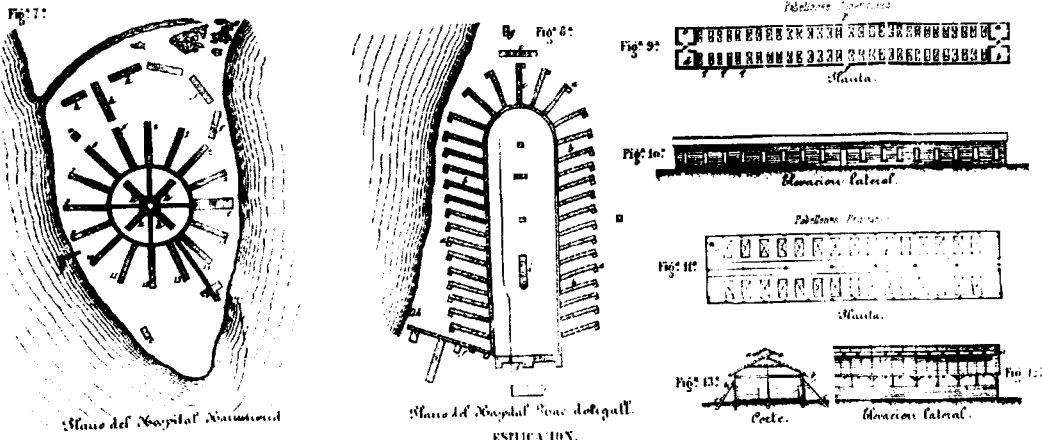
experiencia en los llamados Hospitales de Sangre permanentes y provisionales, pero consideraron la necesidad de ponerla al día y para ello pusieron en marcha algunas comisiones de estudio de los hospitales extranjeros. En 1879 el comandante de ingenieros Manuel de Luxán presentó un *Informe sobre la construcción ligera aplicada a los hospitales militares*. El trabajo resumía dos años estudio sobre los recientes hospitales de campaña, de los que se aportaban planos, especificaciones técnicas, y un análisis comparativo de costes y calidad sanitaria frente a los hospitales permanentes construidos de la manera tradicional. Además contenía una propuesta alternativa al sistema Tollet para hospital permanente y un singular estudio de costes de mantenimiento y reconstrucción para un plazo de diez años que no habría sido mal ejemplo setenta años más tarde para los hospitales del INP.

Su colega Eduardo Labaig estaba realizando en las mismas fechas una gira de visitas a los principales hospitales europeos contemporáneos, como trabajo previo al proyecto de dos hospitales para las zonas norte y sur de Madrid. En 1883 publicó *"Hospitales civiles y militares"* junto a su proyecto, que entonces se pensaba emplazar en Bilbao. Labaig no llegó a

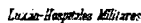
Hospital del Polígono de la Artillería de Metz, por M. de Luxán



HOSPITALES DE HANNORD Y MAC-DUGALL--PABELLONES PRUSIANOS Y AMERICANOS



**Hospitales Hammond y
Mc-Dougall, EEUU,
por M. de Luxán**



CROQUIS DE UN HOSPITAL MILITAR PARA 440 CANAS.

1254

ESPLICACION
de la planta.

- En la 16 Sesión para informar a Heridos.
- 17 Dependencias Mismas.
- 18. 16 id. de Administración Militar.
- 19 id. Económicas.
- 15. Sala de Justicia.
- 17. Depósito de cadáveres y sala de autopsias.
- 18. Cocina.
- 19. Depósito de Sarcófagos.
- 20. Capilla.
- 21-22. Librería para las Dependencias.
- 23. Fábrica de comunicaciones.
- 24. Pasa cubierta.

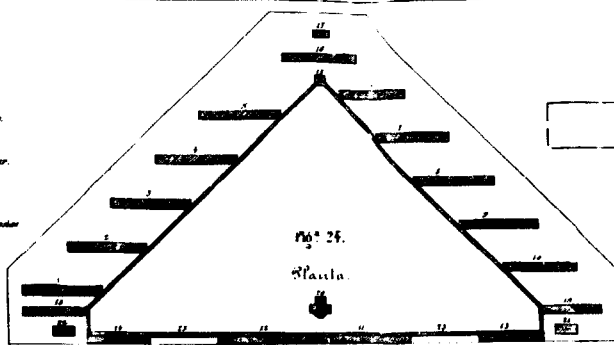
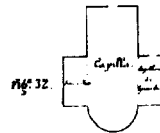
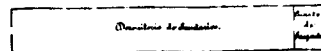
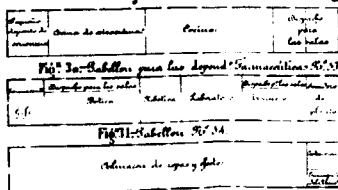


Fig. 34.—Label No. 39.

Fig. 33.—*Salmon*, 16. 18.

3

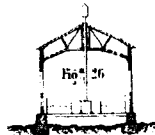
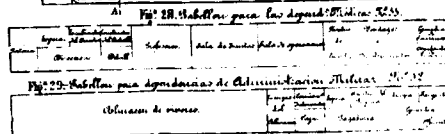


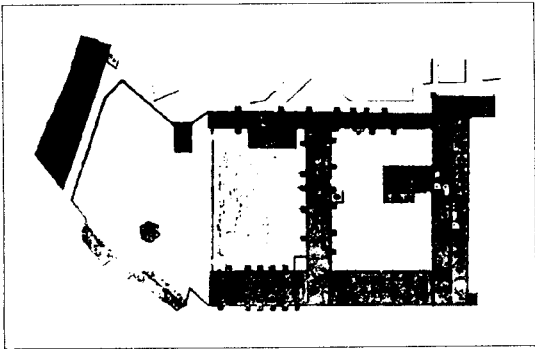
Fig. 27: Abellon paca to cama N. In So



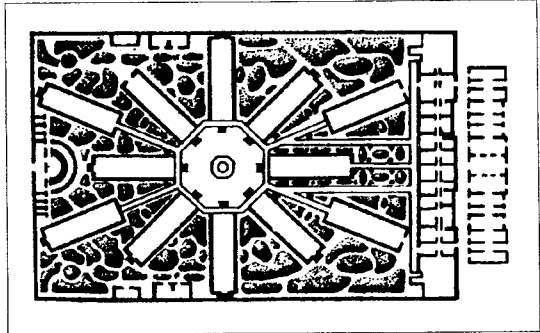
**Propuesta de Luxán
para Hospital Militar
de 440 camas, 1879**

construir ninguno de los tres hospitales; sin embargo su estudio ponía en evidencia un cambio radical a la hora de acometer los proyectos hospitalarios. Por encima de cualquier consideración formal debían anteponerse los presupuestos técnicos, funcionales y de gestión. La orientación, los vientos dominantes, las cualidades específicas del suelo, el soleamiento, la dotación energética y la coordinación de sus instalaciones con la construcción de los edificios, la necesidad de organización del personal, las previsiones de mantenimiento o el control contable se convirtieron en factores principales de los proyectos, tal como ocurría en Europa. Labaig dedicó en su estudio una atención especial a todas las novedades técnicas que una industria incipiente hacía disponibles: sistemas de ventilación, caloríferos, lavadora, secadoras y demás.

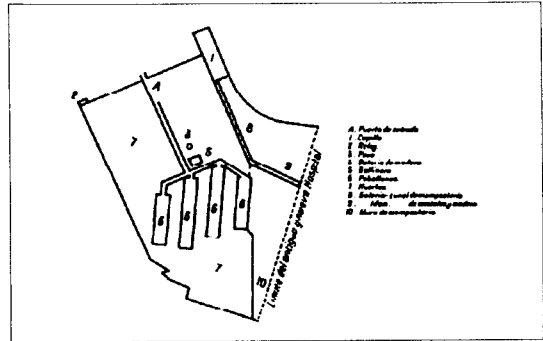
Un ejemplo temprano de ese nuevo proceder se llevó a cabo en El Ferrol hacia 1884. A la sazón era necesario sustituir el viejo Hospital de la Marina de 1749, dadas sus escasas condiciones higiénicas. Para desarrollar el nuevo proyecto se nombraron dos equipos, formado cada uno por un ingeniero naval y un médico. El ingeniero Andrés Comerma y el doctor Claudio López Portela proyectaron un hospital permanente de pabellones en forma de estrella alrededor de un patio, con doce pabellones y casi 50 m³ por enfermo. El proyecto de sus colegas Manuel Estrada y Luis Iglesias abarcaba la instalación de once barracones paralelos, comunicados entre sí por dos galerías, y con un promedio de 60 m³ por individuo y entre 9 y 13 m² por cama. Aunque no llegó a demolerse el antiguo edificio, se decidió instalar a su lado uno similar al desarrollado por el segundo equipo, pero utilizando una patente de prefabricación con estructura y cerramientos de madera y cubierta parabólica de zinc, el sistema mencionado como Puytzeigs. Poco después, en 1891, se declaró un incendio que arrasó la mayor parte del hospital, quedando únicamente a salvo cuatro de los once pabellones. Junto a éstos se levantó finalmente en 1904 el nuevo Hospital Naval del Ferrol, cuyo proyecto volvió a recoger el tipo de pabellones, pero esta vez permanentes.



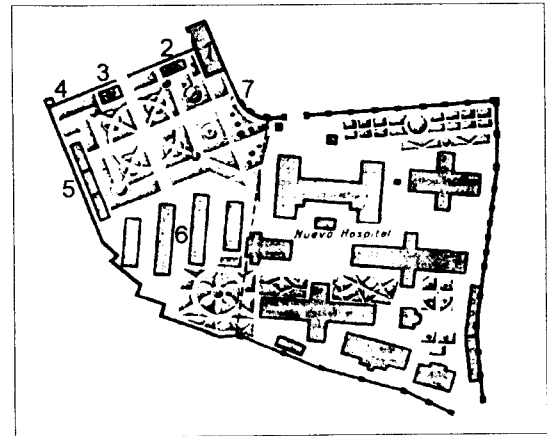
Antiguo Hospital Real de la Marina El Ferrol, 1749



Proyecto de A. Comerma, 1884



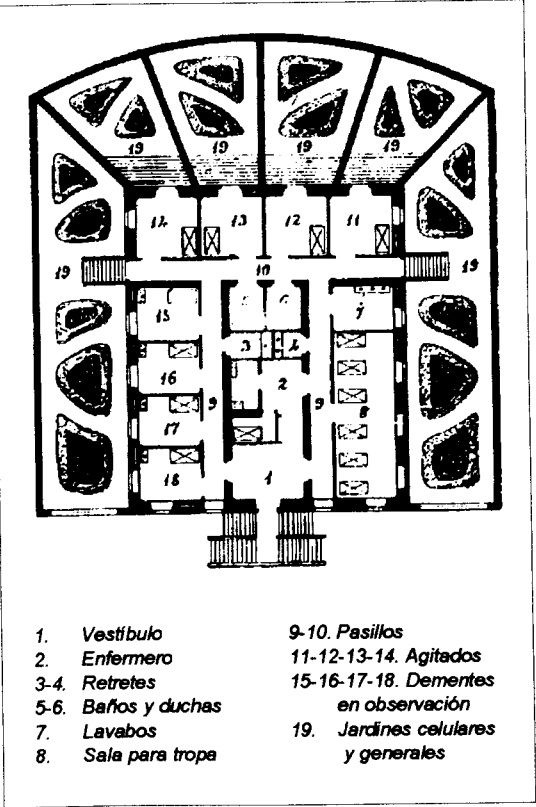
Emplazamiento de los pabellones provisionales salvados del incendio de 1891



Nuevo hospital de la Marina, El Ferrol, 1904

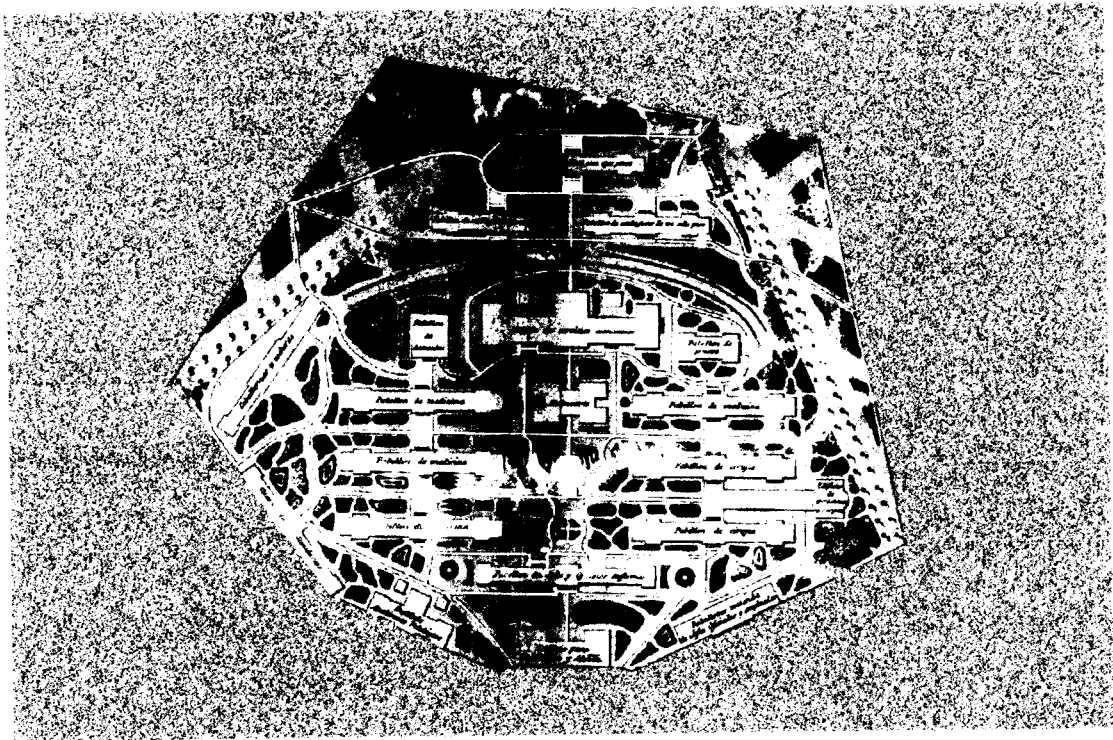
1. Capilla
 2. Habitación del médico de guardia y cuarto de curas
 3. Portería y cuerpo de guardia
 4. Reloj
 5. Almacenes
 6. Pabellones existentes
 7. Galería de acceso a la capilla
- Límite entre los pabellones de 1885 y el nuevo hospital de 1904

Hospital Militar de
Carabanchel, Madrid
M. Cano, 1889
Planta del pabellón
de dementes



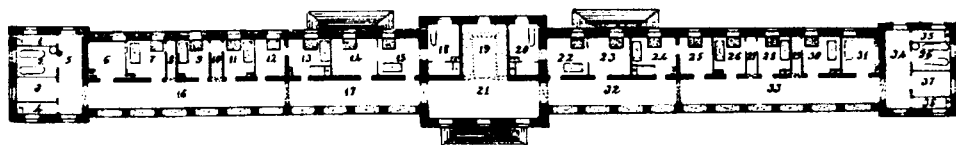
El proyecto para Hospital Militar de Carabanchel Bajo, redactado en 1889 por el ingeniero militar Manuel Cano, era una continuación y puesta al día del de Labaig. Por suerte esta iniciativa salió adelante como la de Ferrol; y en 1897 el hospital entró en funcionamiento, a la vez que el Hospital de San Juan de Dios de Madrid, construido éste por la casa Tollet sobre los terrenos que luego ocupó la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco, ahora Hospital Gregorio Marañón. El Hospital de Carabanchel reunía las características contemporáneas de sus homólogos: era un hospital suburbano, bien comunicado con la ciudad, situado en un terreno amplio y ajardinado sobre una ladera suave, y organizado en pabellones independientes y especializados, diseñados según los criterios citados anteriormente. Para emplazar la nueva institución a una distancia prudencial del pueblo y conectarla con la red de abastecimiento de agua del Canal de Isabel II y el colector de Carabanchel Bajo fueron necesarias grandes obras de infraestructura, pero ya entonces era impensable plantear una dotación insuficiente a base de pozos, como se habría hecho pocos años atrás.

Planta de conjunto





Alzados de pabellones
de medicina y cirugía



Pabellón de jefes
y oficiales
Planta principal

1-4-35-38. Retretes

2-36. Baños y duchas

3-37. Estufas de vapor

5-8-10-27-29-34. Pasillos

6. Cuarto de enfermeros

7-9-11-26-28-30. Cuartos

para oficiales enfermos

12-13, 24-25. Habitaciones

para un coronel enfermo

14-15-18, 20-22-23. Habitaciones para

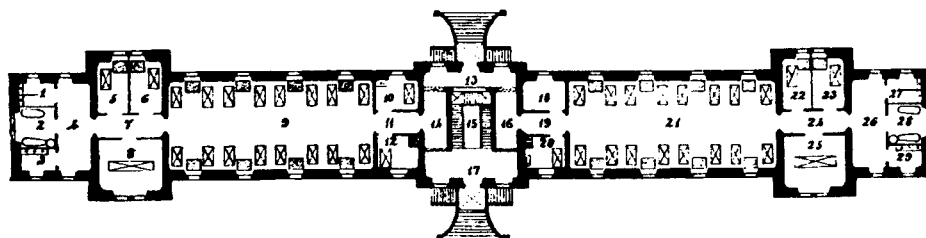
un oficial general enfermo

16-17-32-33. Galería

19. Escalera

21. Vestíbulo

31. Cuarto para el sanitario



Pabellones de
medicina
Plantas baja y principal

1-27. Retretes

2-28. Baños

3-29. Lavabos

4-7-11-14-16-19-24-26. Pasillos

5-6-22-23. Enfermos aislados

8-25. Comedores y cuartos de reunión

para los enfermos

9-21. Salas de enfermos para 16

camas cada una

10. Cuarto del médico de visita

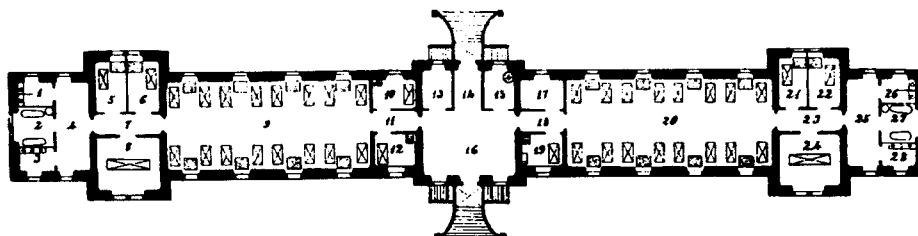
12. Sanitario de servicio

13-17. Vestíbulos

15. Escalera

18. Pequeño almacén de ropas

20. Enfermero de servicio



Pabellones de cirugía
Planta baja

1-26. Retretes

2-27. Baños

4-7-11-14-18-23-25. Pasillos

5-6-21-22. Enfermos aislados

8-24. Comedores para los enfermos

9-20. Salas de enfermos, 16 camas

10. Cuarto del médico de visita

12. Cuarto para el sanitario de servicio

13-15. Ropas y aparatos

16. Vestíbulo

17. Pequeño almacén de camillas

19. Enfermero de servicio

*Hospital del Niño
Jesús en Madrid
F. Jareño, 1879*

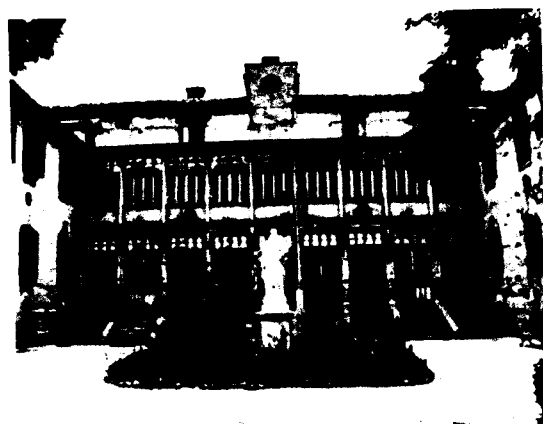
Hospitales de la caridad privada

La evolución del país, en un proceso de desorden social y de urbanización creciente, desembocó en la instauración de la República en 1868. A partir de esa fecha los sucesivos gobiernos, tanto nacionales como provinciales y municipales, desviaron los recursos de la Beneficencia hacia los capítulos de orden público y servicios urbanos. Debe tenerse en cuenta que la inmensa mayoría de los ocupantes de instituciones asistenciales eran niños, mujeres o ancianos que vivían al margen de estructuras familiares y no gozaban de la mejor consideración pública. Ante esa situación de desamparo la nueva burguesía acaudalada tomó el relevo en las inversiones asistenciales con el beneplácito de las autoridades. El Hospital Homeopático de la calle Eloy Gonzalo de 1874, obra de José Segundo Lerma, el Hospital del Niño Jesús de la calle Menéndez Pelayo de 1879, obra de Francisco Jareño, el Hospital de la Cruz Roja en la calle de Reina Victoria de 1893, obra de José Marañón y el Instituto Oftálmico de la calle Zurbano de 1896, construido por José Urioste, todos ellos en Madrid, son algunos de los muchos ejemplos de caridad particular levantados en ese momento en que la estructura económica del país empezaba a producir una clase próspera de rentistas. También parece obligado referirse aquí a aquellos otros dos encargos de arquitectura elitista que incluyeron un doble propósito caritativo y monumental, el Hospital de Sant Pau en Barcelona y el Hospital de Jornaleros en Madrid.

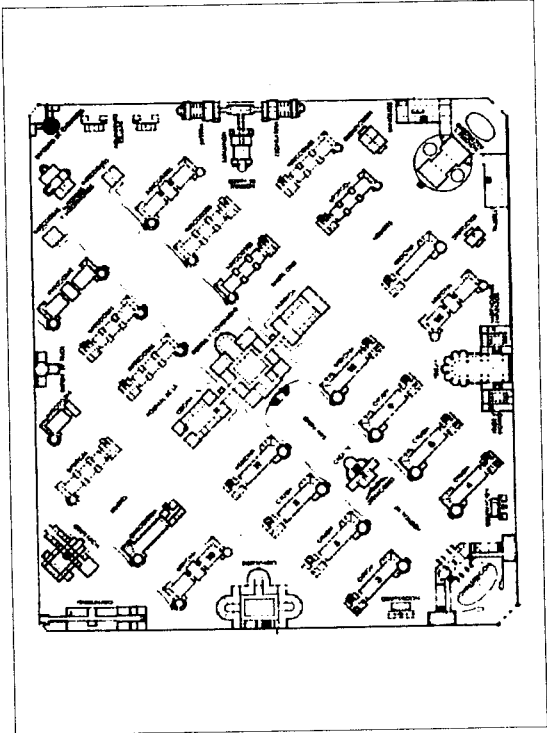


*Izq: Hospital-asilo de
San Rafael, Madrid
I. Aldama, 1910-12*

*Dcha: Hospital
Homeopático, Madrid
J. S. Lerma, 1874*



El Hospital de Sant Pau, financiado por el filántropo Pau Gil y proyectado en 1902 por Lluís Domènech i Montaner, debía sustituir al viejo Hospital General de la Santa Creu, desbordado y sin posibilidad de crecimiento en la trama apretada del Raval barcelonés. Se instaló en las faldas del actual Parc del Guinardó, en el borde Nordeste del Ensanche. Domènech diseñó un extenso hospital de pabellones, de tipo paisajista, enfrentado al urbanismo de manzana y alineaciones definidas de Cerdá. Tenía pabellones independientes rodeados por amplios jardines, a los que incorporó además todo un entramado de galerías subterráneas para conectarlos que hacía el conjunto mucho más funcional. La fidelidad estricta hacia ese tipo hospitalario le llevó a disponer los pabellones con sus fachadas largas orientadas a norte y a sur, en diagonal con los frentes de parcela. Pero además quiso mostrar la singularidad cultural de la Renaixença catalana, y por ello lo construyó con técnicas arraigadas en la tradición local como las bóvedas tabicadas y los revestidos de trencadís.



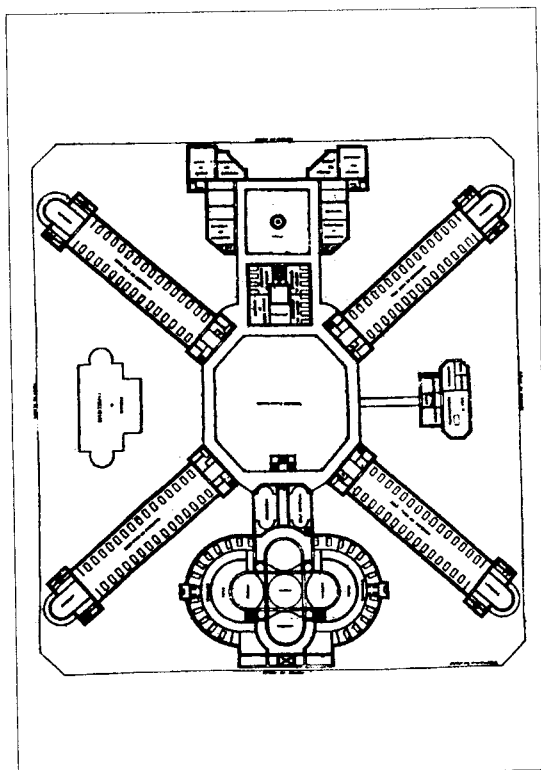
*Hospital de Sant Pau,
Barcelona
L. Domènech i Montaner,
1902 (proyecto)*



*Foto del interior de
un pabellón en los
años sesenta*

*Hospital San Francisco
de Paula para jornaleros,
Madrid. A. Palacios,
J. Otamendi, 1908*

El Hospital de San Francisco de Paula de 1908, más conocido como Hospital de Jornaleros y hoy sede de la Consejería de Política Territorial de la Comunidad de Madrid, fue construido por los arquitectos Antonio Palacios y Joaquín Otamendi a expensas de una viuda pia, Dolores Romero. Se instaló en el recién abierto Paseo de Ronda, hoy Avenida de Reina Victoria, en el borde Noroeste del Ensanche de Castro. Se trata de un ejercicio monumental y atípico, con una planta estrellada en torno a un patio octogonal que trae a la memoria los proyectos radiales para el Hôtel-Dieu de París. Su trazado es sin embargo el resultado de una adición de elementos articulados, y no de la repetición fragmentaria de partes. Aunque articulado, el hospital es un conjunto de piezas independientes con su función propia y forma monumental. Palacios y Otamendi estaban realizando por entonces algunos proyectos para la Compañía Metropolitana de Madrid, y la influencia de la construcción ferroviaria se nota en algunos elementos del hospital, como el puente de hierro y vidrio que enlaza la sala de operaciones con el anillo de circulaciones.



Fotografía de época

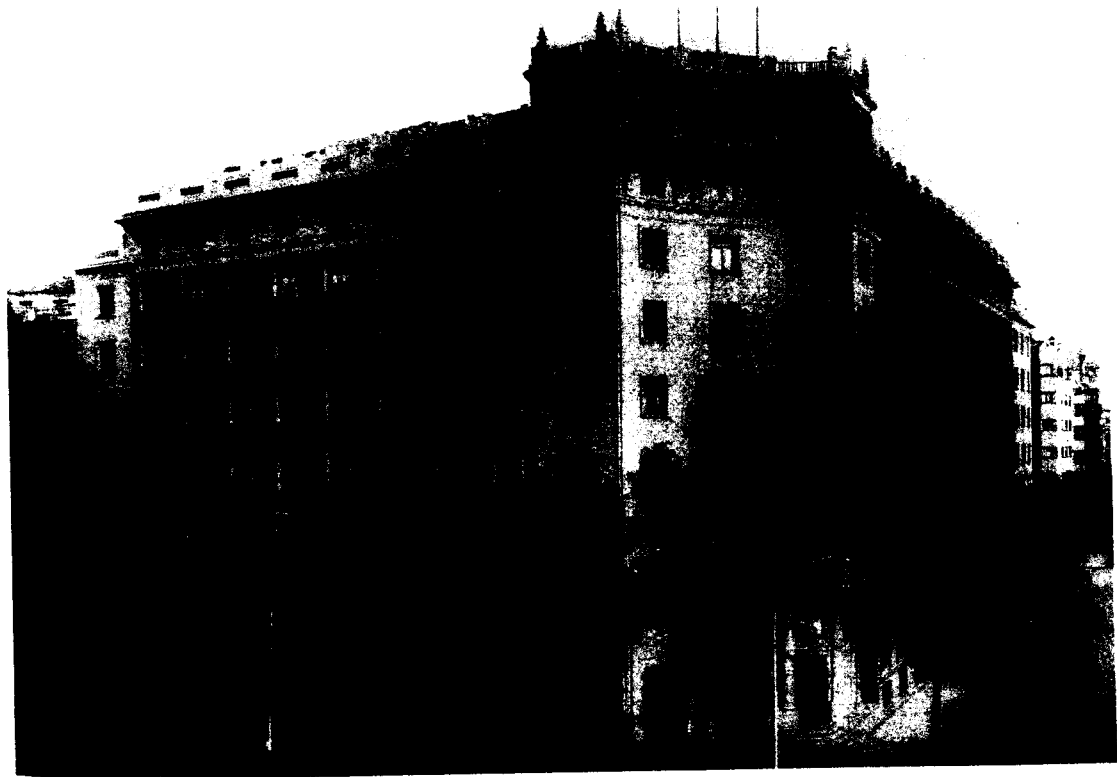


Institutos, escuelas y campañas de prevención

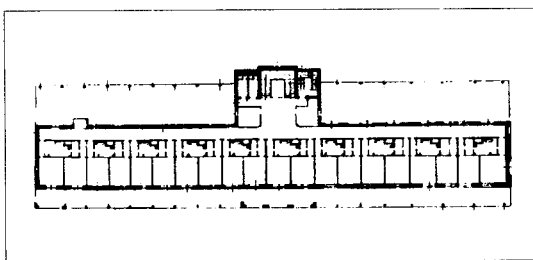
La Instrucción General de 1904 sentó las bases para la expansión de la actividad sanitaria pública en el terreno epidemiológico, y para el establecimiento de instituciones encargadas de la docencia y la investigación sanitaria especializada. Ese mismo año se dictó la Ley sobre Protección de la Infancia, y hacia 1910 comenzó la lucha contra la mortalidad infantil, que era una de las principales preocupaciones internacionales de principios de siglo. Entre medias, en 1908, se creó el Instituto Nacional de Previsión, organismo originalmente adscrito al Ministerio de la Gobernación y que después jugaría el papel estelar en la construcción de los hospitales españoles a partir de los últimos años cuarenta, como se verá más adelante. Su primer objetivo fue estimular y difundir la previsión de seguros voluntarios de pensiones de retiro para las clases obreras, y de administrarlas o bonificar a otras corporaciones particulares que se estableciesen para el mismo fin. Los antecedentes del Instituto se remontan a 1883, año de la creación de

la Comisión de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones referentes al bienestar de las clases obreras. Dos décadas después la Comisión citada habían encargado a uno de sus vocales, José Maluquer, una ponencia para la creación de una Caja Nacional del Seguro Popular. En dicha ponencia, sometida en 1903 al Instituto de Reformas Sociales, organismo que había sucedido a la Comisión, se esbozaban las líneas fundamentales del INP. Tres años después el IRS presentó al Gobierno el proyecto de creación del INP, que establecía el Régimen legal español de Retiros Obreros, bajo el sistema de libertad subsidiaria, el cual hacía obligatoria la bonificación del Estado para la formación de pensiones de vejez que libremente contrataran los obreros con este Organismo. En 1919 se implantó el Seguro Obligatorio del Retiro Obrero. Un año más tarde el INP pasó a depender del recién creado Ministerio de Trabajo, como una consecuencia más de la pérdida de atribuciones que caracterizó al Ministerio de la Gobernación durante toda su existencia y a medida que se fueron creando nuevas carteras en los sucesivos Gobiernos del país.

*Instituto Nacional
de Previsión
Fotografía de época*



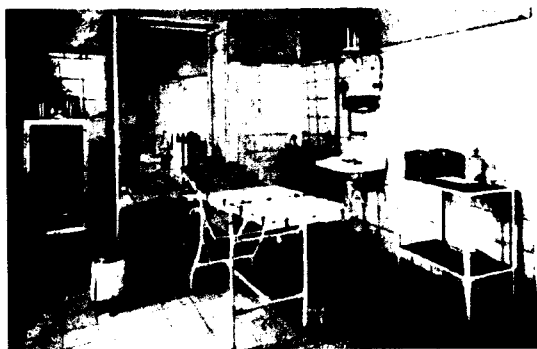
Sanatorio de La Fuenfría
Guadarrama, Madrid
A. Palacios, 1921
Planta Tercera



La Fuenfría
Vistas desde el interior



Dispensario
Antitracomatoso de
Lorca
Interior y fachada
en los años treinta



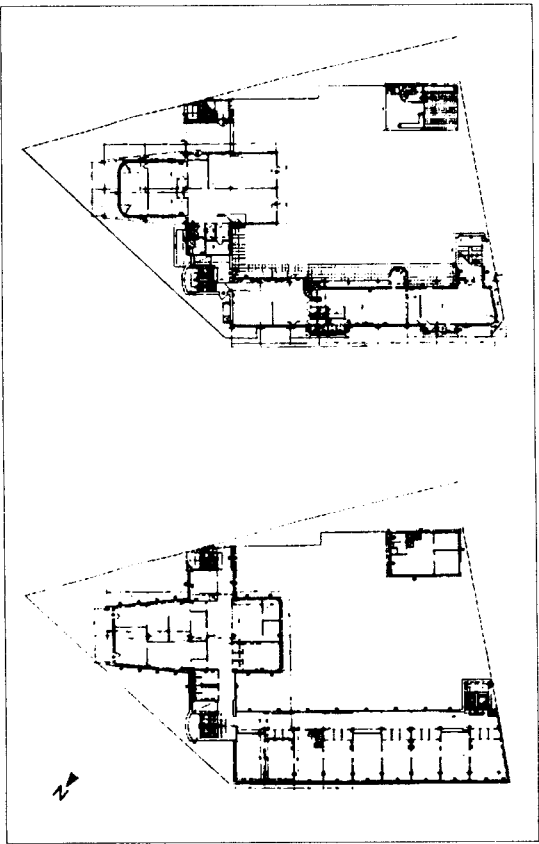
La dictadura de Primo de Rivera aceleró significativamente el proceso de creación de organismos especializados en materia sanitaria iniciado por la Ley de 1904. El mismo año de su llegada al poder, 1923, se creó la Escuela Nacional de Puericultura y un año después, la Escuela Nacional de Sanidad. Como consecuencia del Reglamento de Sanidad Provincial de 1925 hicieron acto de presencia los Institutos Provinciales de Higiene, encargados de la prevención epidemiológica y del establecimiento de la vacunación obligatoria. Al tiempo se fundaron los Institutos de Maternología y Puericultura, y las Comisiones Centrales de lucha contra el Tracoma y la Tuberculosis.

Después y ya instaurada la Segunda República se reconoció el carácter oficial a la Liga Española contra el Cáncer (1930), y se fundaron el Consejo Superior Psiquiátrico y los Institutos Nacionales de Venereología y Antituberculoso. Por entonces las autoridades de la República habían comenzado sus planes de centros de higiene infantil y de dispensarios y sanatorios para prevención, control y curación de las enfermedades epidemiológicas. En los dispensarios se ejercían las tareas de divulgación, recogida de datos, asistencia ambulatoria, clasificación, y envío a los sanatorios de las personas que necesitaran hospitalización. Los tópicos higienistas del aire puro y el sol como principales terapias para estas enfermedades llevaron a los nuevos sanatorios hacia parajes de montaña o mar, alejados de los lugares que se consideraban emponzoñados por causa de la industria. En cambio la accesibilidad de los dispensarios era un asunto inexcusable, pues se quería controlar a las epidemias desde su origen. Por ello tendieron a ocupar edificios existentes en pleno centro de las poblaciones, viéndose a menudo constreñidos y desprovistos de las deseables condiciones funcionales y aún higiénicas.

La excepción más honorable fue el Dispensario Antituberculoso de Barcelona, sede central de la lucha contra esta epidemia en Cataluña. Resulta envidiable por comparación ver como, al menos en su edificio emblemático, el Departamento de Sanidad y Asistencia

Social de la Generalitat de Catalunya se comprometía con una arquitectura de vanguardia. Torres Clavé, Sert y Subirana, jóvenes y activos arquitectos del grupo GATCPAC, ensayaron en pleno centro y a una escala reducida las propuestas modernas de planeamiento. El trazado abierto y discontinuo del Dispensario acentuaba el contraste entre los espacios libres y las edificaciones diseñadas cada una a la medida de sus necesidades funcionales y mostrando con sus fachadas la construcción sencilla, luminosa y económica que se quería implantar.

No hay que olvidar que el Estado había decidido desde la implantación de la Ley de Sanidad en 1855 ceder la mayor parte de responsabilidad y también de la carga asistencial a las provincias y en menor medida a los ayuntamientos, reservando para sí mismo el papel de inspección y el establecimiento de centros para enfermedades de grave trascendencia social. Con ese reparto de competencias las Diputaciones Provinciales se veían obligadas a dedicar un tercio de sus presupuestos a la Beneficencia, y los Municipios llegaron a alcanzar su máxima contribución en 1931, con un 10%; mientras



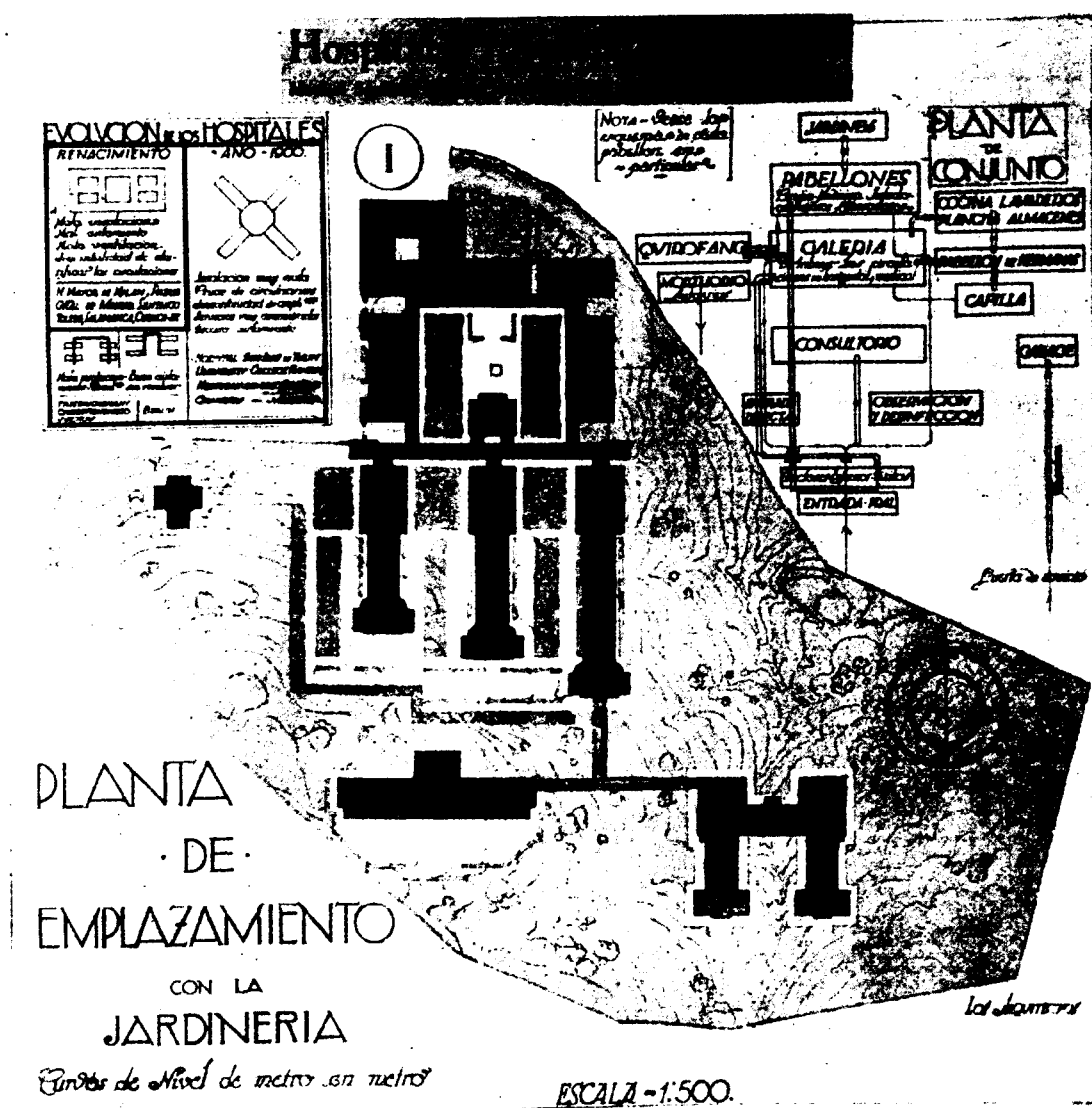
*Dispensario Central
Antituberculoso, Barcelona
J. Ll. Sert, J. Torres-Clavé
& J. B. Subirana, 1935
Plantas baja y cuarta*

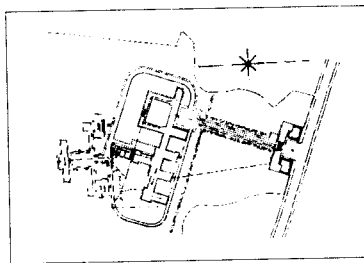


Patio de entrada

Dicho proyecto fue objeto de un concurso, ganado por Sánchez Arcas, Lacasa y Solana, que obtuvo cierta difusión en medios profesionales. En sus bases se

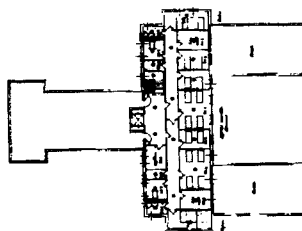
establecía un programa más propio de cincuenta años antes que de ese momento -enfermerías de Medicina General, Cirugía, Infectocontagiosos y Tuberculosos, con un total de 220 camas, Quirófano, Administración, Residencia de religiosas y Capilla-, y también se dejaba ver la preferencia por el tipo de Hospital de Pabellones. La solución premiada asumía esa preferencia y el programa, pero proponía realizar un conjunto unificado por un sistema claro de corredores a los que se enganchaba cada una de las piezas funcionales, a excepción de los pabellones aislados para la tuberculosis y otras enfermedades contagiosas. La planta de emplazamiento



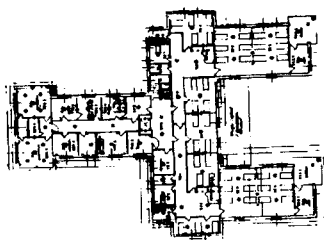


Hospital Provincial de
Logroño, La Rioja
M. Sánchez Arcas y
L. Lacasa, 1929
Esquema de Conjunto

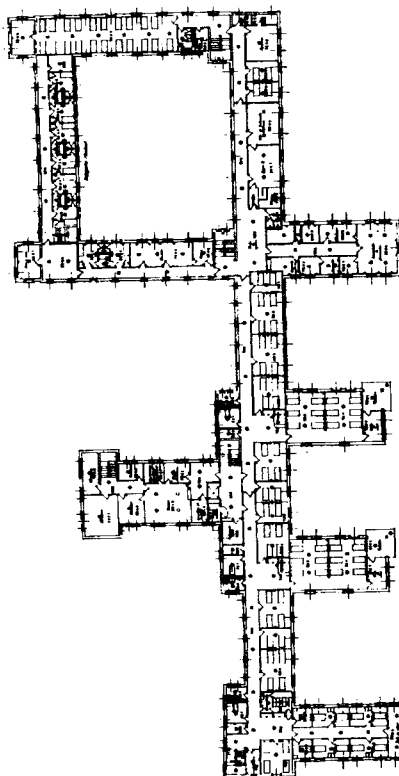
Planta tercera



Planta segunda



Planta primera



to del Hospital mostraba con claridad esa idea, luego desarrollada en esquemas y planos parciales. Además incluía una referencia sintética sobre la evolución de los hospitales, con una crítica sucinta de sus defectos, y un diagrama de flujos de la solución propuesta, con indicación de la frecuencia de uso.

En esos años los jóvenes Lacasa y Sánchez Arcas estaban colocándose en una posición de liderazgo intelectual en el núcleo de arquitectos de Madrid. Como Zuazo, se encontraban más cómodos en el medio oficial de la capital, más atemperado en cuanto a formas que el de la vanguardia radical del GATEPAC. Desde su estudio en la madrileña Plaza del Callao, Manuel Sánchez Arcas y Luis Lacasa hicieron algunos de los ejercicios y críticas más influyentes sobre hospitales de ese periodo, y quizás fueron los únicos arquitectos capaces de dar soluciones contemporáneas de ámbito internacional al difícil problema de los esquemas sanitarios en un país que se ha caracterizado por su particular retraso en la adopción de modelos modernos. Después del concurso para Toledo vinieron los encargos del Hospital Provincial de Logroño y del Clínico de la Ciudad Universitaria de Madrid, en los que el tándem Sánchez Arcas-Lacasa dio prueba de su capacidad para encajar unos programas mucho más especializados sin que por ello se enturbiara la claridad de las trazas.

Esos dos proyectos dieron al equipo la oportunidad de ensayar una enfermería alternativa a la de tipo Nightingale propuesta en Toledo. El compromiso entre la privacidad, la facilidad de supervisión y la reducción de recorridos les llevó hacia un esquema en T, con el puesto de control de enfermería situado en la articulación, una solución sin duda mejor que otra realizada cinco años después en el influyente Hospital Beaujon, de París. Esta ingeniosa propuesta pasó bastante desapercibida, pero al menos Lacasa y Sánchez Arcas pudieron gozar del éxito plástico que tenía la prominente terraza de esquina de los cuerpos orientados al sur de las enfermerías. A estos cuerpos, que corresponden en planta con el palo de la T, se les llamaron martillos en los proyectos de la época.

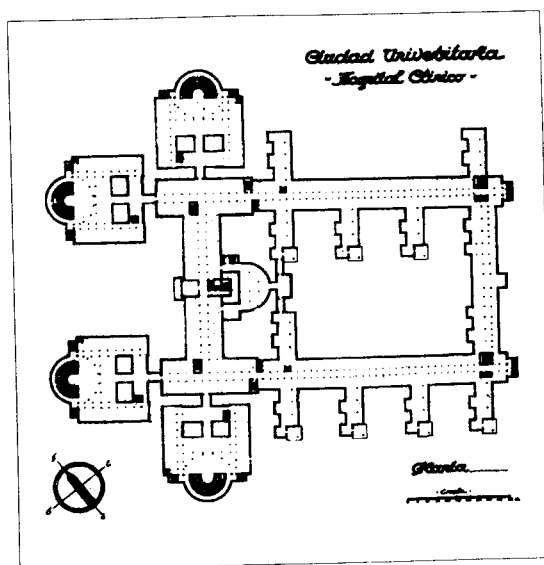
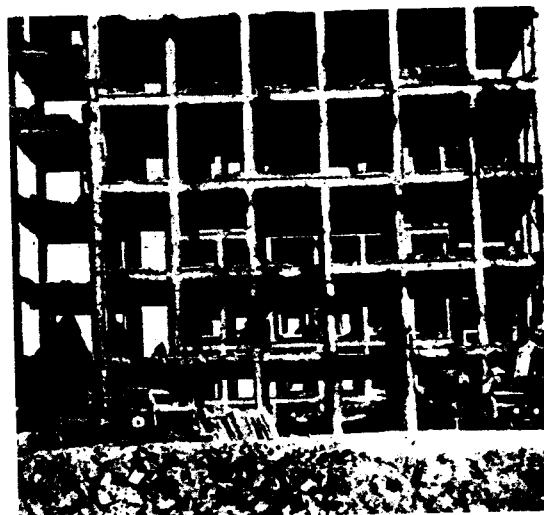
*Hospital Clínico-San
Carlos, Madrid
M. Sánchez Arcas y
L. Lacasa, 1930-59
Fotografía de 1936*



Fotografía de 1939

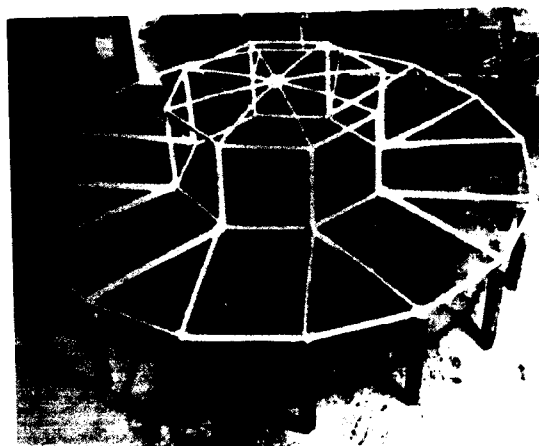
Hasta entonces la enseñanza clínica en Madrid había ocupado una pequeña parte del viejo Hospital Provincial de San Carlos, espacio que había sido fuente de conflictos económicos permanentes entre la Diputación y la Universidad. La creación de la Ciudad Universitaria de Madrid a partir de 1928 dio lugar, si no a la instalación del primer hospital universitario español, pues tendría que esperar treinta años antes de comenzar a funcionar, al primer proyecto de hospital universitario de España. El Clínico de Madrid se planeó con arreglo a los principios modernos de medicina, docencia e investigación; pero se dio además la afortunada circunstancia de que su proyecto fuera a caer en las manos de unos arquitectos y un ingeniero de caminos, Eduardo Torroja, que supieron darle un enfoque adecuado. Tarea difícil, pues se trataba de resolver por primera vez un tipo tan complicado y grande, pero que conoció un éxito reconocido pues ha soportado hasta ahora las modificaciones de varias actualizaciones sin hacerse irreconocible.

*Proyecto inicial
Planta baja*



*Modelo reducido para
ensayo de la estructura
de cubierta del quirófano
Diámetro: 21,44 m.*

El Clínico puede describirse de forma esquemática como un edificio rectangular que abraza por los cuatro lados a un patio rectangular, rematado en uno de sus lados más cortos por cuatro piezas que alojan los teatros de operaciones con sus anexos. Desde los lados mayores se proyectan una serie de martillos transversales similares a los ensayados en Logroño, dedicados a enfermería si miran al sur, y a clínica los que dan al norte. Sus diseñadores propusieron una estructura modular de dimensiones ajustada a cada uso; 3,75 x 6,50 m. en la zona de los laboratorios, 3,15 x 5,50 m. en las habitaciones de enfermos aislados y en los servicios, y 3,13 x 8,50 m. para las enfermerías generales. La estructura de los teatros de operaciones, que debía contemplar además la sección de arimez para iluminación natural, merecía un diseño singular. Cuando comenzó la Guerra Civil los cerramientos del edificio estaban casi terminados. Al acabar, quedaba sólo la estructura de hormigón, dañada por los proyectiles.



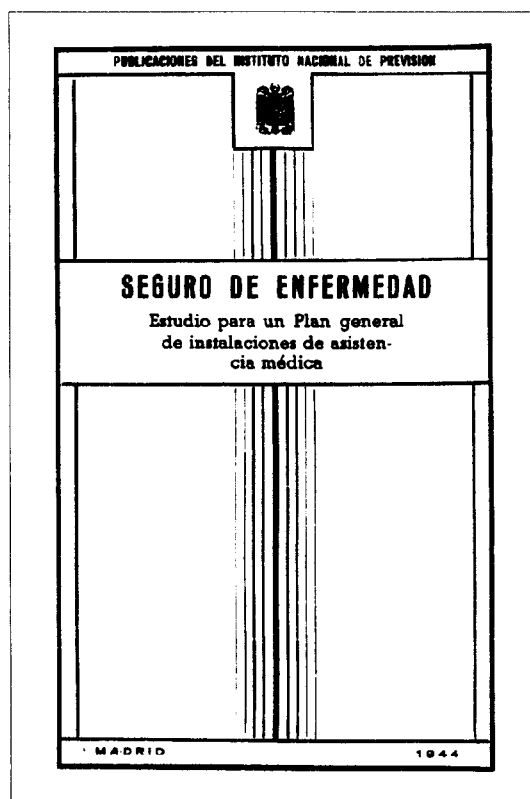


6.- La red pública de hospitales españoles

Al término de la Guerra Civil buena parte de las clases trabajadoras se movía aún en esa capa intermedia que no llegaba a disfrutar de los auxilios sanitarios de la Beneficencia, previstos para los pobres, ni podía costearse una asistencia privada. En todo caso el riesgo de enfermedad era cubierto sólo en el campo de la previsión por la acción mutualista o gracias a la cobertura ofrecida por el seguro mercantil. Pero estas instituciones no se encargaban de proporcionar asistencia sanitaria sino a garantizar los jornales, que resultaban insuficientes para cubrirla en caso de enfermedad.

En la Ley de Bases de Sanidad, de 1944, se sancionan dos procesos paralelos: potenciación de los servicios sanitarios periféricos de la administración central, y asunción progresiva por el Estado de la financiación de la Sanidad rural. El máximo órgano sigue siendo la Dirección General de Sanidad, que vertebrará alrededor de sí a las tres grandes profesiones sanitarias: medicina, farmacia y veterinaria. La Ley de Bases encomendó a las Diputaciones Provinciales el establecimiento de los servicios hospitalarios, de asistencia infantil, maternal y psiquiátrica. Las funciones sanitarias del Estado se entendían sólo por el lado preventivo y la responsabilidad de las autoridades provinciales permanecía independiente. La Ley de Bases de 1944 era una simple ley de principios, sin casi regulaciones. Pero como el ordenamiento jurídico sanitario existente se presentaba constituido por una masa enorme e inabarcable de normas, la determinación de los principios y su refundición en un texto ya suponían en sí mismos una importante aportación.

En 1942 se implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, dirigido a los trabajadores cuyas rentas no excedieran de unos límites fijados. Sus ocho millones de asegurados iniciales situaron a la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad en poco tiempo en condiciones de mover un enorme presupuesto, una de las primeras instituciones del Estado. Los estudios previos a la puesta



en marcha del seguro demostraron que no había en el país suficientes dispensarios y hospitales para la asistencia que iba a prestar el Seguro, que las existentes eran inadecuadas y que su reparto geográfico era desigual. Se confió el análisis de la situación a una comisión creada al efecto, con representación de varios ministerios y compuesta fundamentalmente por médicos, juristas, arquitectos y economistas. Tomando como base sus conclusiones el Instituto Nacional de Previsión comenzó la preparación del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, que fue aprobado por el Ministerio de Trabajo en enero de 1945.

La asistencia prevista dejaba fuera de cobertura los casos de enfermedades crónicas, porque la prima del seguro no estaba calculada para ese riesgo, y también a los de tuberculosis y enfermedades mentales, porque se preveía la utilización de otras instituciones estatales. Para hallar la cifra de camas necesarias se tomaron como referencia las cifras y ratios de diversos países

y se fijó la meta de siete camas por mil habitantes, a la que se aplicó el coeficiente de reducción correspondiente a las camas de los casos antes descritos. El resultado de esa operación se acercaba a las 65.000 camas, cifra demasiado elevada para acometer a plazo fijo sin contar con que se esperaban variaciones demográficas y sanitarias a lo largo de la ejecución del Plan que modificarían radicalmente los cálculos previstos. Por ello se decidió limitar el Plan a 16.000 camas en una primera etapa.

Después de realizar un estudio de las dotaciones y expectativas de crecimiento de cada provincia el Plan propuso la ejecución de una red de instalaciones sanitarias de nueva planta, consistente en 86 Residencias Sanitarias, de entre cien y quinientas camas, para las capitales de provincias y núcleos de población importantes, y 149 ambulatorios completos y 110 ambu-

latorios reducidos en los centros rurales. Se fijaron algunos principios generales para la planificación y el diseño de residencias y ambulatorios: debía evitarse la construcción de hospitales menores de 100 camas para obtener un buen rendimiento de los servicios clínicos. Cuando fuera posible, se instalarían en el mismo edificio ambulatorio y residencia. De forma concluyente se desestimó la construcción ya antigua de hospitales de pabellones y se propuso el tipo monobloque de hospital compacto y alto con ascensores para obtener un mejor funcionamiento y un coste menor. Se fijó un número máximo de seis camas por habitación, aunque debían predominar las de tres, cuatro y dos camas, y habilitarse un número considerable de habitaciones de una cama. También debía procurarse la centralización del mayor número de servicios posible, siempre que no afectara a su buen funcionamiento y a la comodidad de los enfermos.

Cuadros del estudio del Plan general de instalaciones de asistencia médica

Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Sanidad. Subdirección de Asistencia Médica. Centro de Estudios Demográficos y Sanitarios. Madrid, 1963.

CUADRO NÚM. 3

La mortalidad de cada millón de habitantes, por sexo y grupo de edad, en el conjunto de la población de España, 1960.

Grupo de edad	Sexo	Mortalidad	Por 100.000
5 años	Varones	4.072,8	4.072,8
	Mujeres	3.304,8	3.304,8
5-9	Varones	415,8	415,8
	Mujeres	412,8	412,8
10-14	Varones	208,8	208,8
	Mujeres	200,8	200,8
15-19	Varones	407,8	407,8
	Mujeres	394,8	394,8
20-24	Varones	515,8	515,8
	Mujeres	517,1	517,1
25-29	Varones	571,8	571,8
	Mujeres	540,0	540,0
30-34	Varones	591,4	591,4
	Mujeres	548,3	548,3
35-39	Varones	590,6	590,6
	Mujeres	603,4	603,4
40-44	Varones	930,6	930,6
	Mujeres	895,2	895,2
45-49	Varones	1.173,2	1.173,2
	Mujeres	775,1	775,1
50-54	Varones	1.513,0	1.513,0
	Mujeres	1.028,8	1.028,8
55-59	Varones	2.220,2	2.220,2
	Mujeres	1.404,6	1.404,6
60 y más años	Varones	7.459,0	7.459,0
	Mujeres	6.559,1	6.559,1
Desconocida	Varones	0,23	0,00020
	Mujeres	0,17	0,00020
Número de muertos en todas las edades			19.924,1

En el Cuadro núm. 6 hemos calculado los correspondientes a 100.000 habitantes, distribuidos por grupos de edad.

CUADRO NÚM. 4

Mortalidad por 100.000 habitantes en España, agrupada por sexo y grupo de edad.

Grupo de edad	Sexo	Mortalidad	Por 100.000
0-4 años	Varones	4.072,8	4.072,8
	Mujeres	3.304,8	3.304,8
5-9	Varones	415,8	415,8
	Mujeres	412,8	412,8
10-14	Varones	208,8	208,8
	Mujeres	200,8	200,8
15-19	Varones	407,8	407,8
	Mujeres	394,8	394,8
20-24	Varones	515,8	515,8
	Mujeres	517,1	517,1
25-29	Varones	571,8	571,8
	Mujeres	540,0	540,0
30-34	Varones	591,4	591,4
	Mujeres	548,3	548,3
35-39	Varones	590,6	590,6
	Mujeres	603,4	603,4
40-44	Varones	930,6	930,6
	Mujeres	895,2	895,2
45-49	Varones	1.173,2	1.173,2
	Mujeres	775,1	775,1
50-54	Varones	1.513,0	1.513,0
	Mujeres	1.028,8	1.028,8
55-59	Varones	2.220,2	2.220,2
	Mujeres	1.404,6	1.404,6
60 y más años	Varones	7.459,0	7.459,0
	Mujeres	6.559,1	6.559,1
Desconocida	Varones	0,23	0,00020
	Mujeres	0,17	0,00020

CUADRO NÚM. 5

Mortalidad por 100.000 habitantes en España, agrupada por sexo y grupo de edad.

Grupo de edad	Sexo	Mortalidad	Por 100.000
0-4 años	Varones	4.072,8	4.072,8
	Mujeres	3.304,8	3.304,8
5-9	Varones	415,8	415,8
	Mujeres	412,8	412,8
10-14	Varones	208,8	208,8
	Mujeres	200,8	200,8
15-19	Varones	407,8	407,8
	Mujeres	394,8	394,8
20-24	Varones	515,8	515,8
	Mujeres	517,1	517,1
25-29	Varones	571,8	571,8
	Mujeres	540,0	540,0
30-34	Varones	591,4	591,4
	Mujeres	548,3	548,3
35-39	Varones	590,6	590,6
	Mujeres	603,4	603,4
40-44	Varones	930,6	930,6
	Mujeres	895,2	895,2
45-49	Varones	1.173,2	1.173,2
	Mujeres	775,1	775,1
50-54	Varones	1.513,0	1.513,0
	Mujeres	1.028,8	1.028,8
55-59	Varones	2.220,2	2.220,2
	Mujeres	1.404,6	1.404,6
60 y más años	Varones	7.459,0	7.459,0
	Mujeres	6.559,1	6.559,1
Desconocida	Varones	0,23	0,00020
	Mujeres	0,17	0,00020

CUADRO NÚM. 6

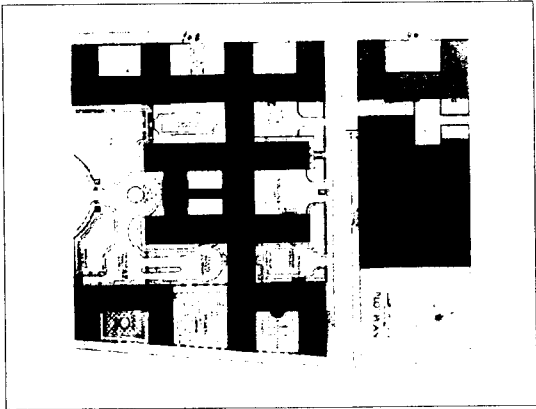
Mortalidad por 100.000 habitantes en España, agrupada por sexo y grupo de edad.

Grupo de edad	Sexo	Mortalidad	Por 100.000
0-4 años	Varones	4.072,8	4.072,8
	Mujeres	3.304,8	3.304,8
5-9	Varones	415,8	415,8
	Mujeres	412,8	412,8
10-14	Varones	208,8	208,8
	Mujeres	200,8	200,8
15-19	Varones	407,8	407,8
	Mujeres	394,8	394,8
20-24	Varones	515,8	515,8
	Mujeres	517,1	517,1
25-29	Varones	571,8	571,8
	Mujeres	540,0	540,0
30-34	Varones	591,4	591,4
	Mujeres	548,3	548,3
35-39	Varones	590,6	590,6
	Mujeres	603,4	603,4
40-44	Varones	930,6	930,6
	Mujeres	895,2	895,2
45-49	Varones	1.173,2	1.173,2
	Mujeres	775,1	775,1
50-54	Varones	1.513,0	1.513,0
	Mujeres	1.028,8	1.028,8
55-59	Varones	2.220,2	2.220,2
	Mujeres	1.404,6	1.404,6
60 y más años	Varones	7.459,0	7.459,0
	Mujeres	6.559,1	6.559,1
Desconocida	Varones	0,23	0,00020
	Mujeres	0,17	0,00020

El concurso del INP

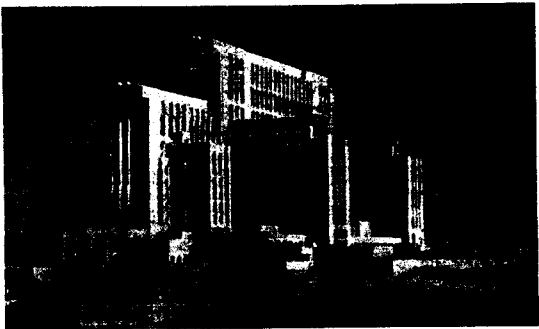
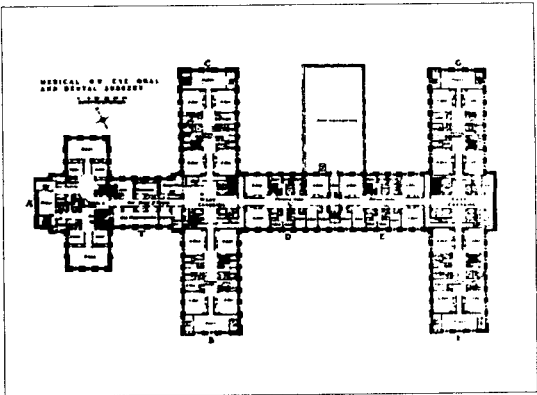
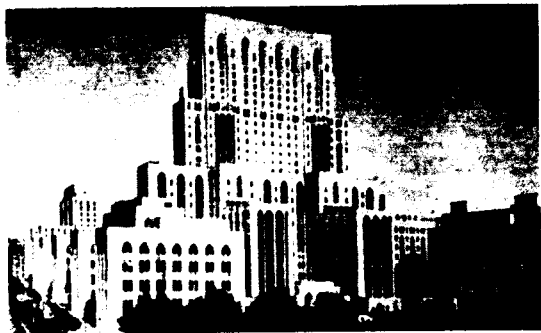
A comienzos de 1946 el arquitecto Garay, el doctor Cámara y el ingeniero Shaw, miembros del recién creado Servicio de arquitectura del INP viajaron a los Estados Unidos para estudiar los principales hospitales construidos en esos años, trabajo que publicó Garay el año siguiente bajo el título *Los hospitales de Estados Unidos, notas de un viaje de estudio*. En marzo, mientras el equipo de Servicios Técnicos del Instituto recorría los hospitales americanos, se convocó un concurso abierto entre arquitectos españoles para la redacción de anteproyectos de Residencia Sanitaria de 500 camas, de 100, y de Ambulatorio completo. En las bases del concurso se establecían unas superficies de terreno teórico de 40.000 m², 8.000 m² y 1.700 m², respectivamente, se aportaban los programas de necesidades, aunque a título orientativo, y se definía el tipo de edificio “monobloque” para los tres anteproyectos. Los premios consistían en metálico, y quedaba claro que el INP no adquiría compromiso alguno con los concursantes y podría utilizar los anteproyectos teóricos, premiados o no premiados, a su conveniencia.

Los trabajos fueron expuestos en el Círculo de Bellas Artes entre el catorce y el veinticinco de noviembre de 1947. El día de la inauguración un jurado compuesto por los responsables del INP, sus arquitectos y una representación de arquitectos del Colegio de arquitectos de Madrid leyó su fallo. Aurelio Botella y Sebastián Vilata, y Manuel Martínez Chumillas y Luis Laorga obtuvieron los primeros premios en los apartados de residencias de 500 y 100 camas, respectivamente; y Ambrosio Arroyo, el tercer premio para el ambulatorio, ya que los premios primero y segundo quedaron desiertos. Entre los demás premios y accesits figuraban otros nombres que más tarde jugarían una baza importante en el desarrollo del Plan de Instalaciones Sanitarias, como Fernando García Mercadal, Martín José Marcide y su cuñado Rafael Aburto.

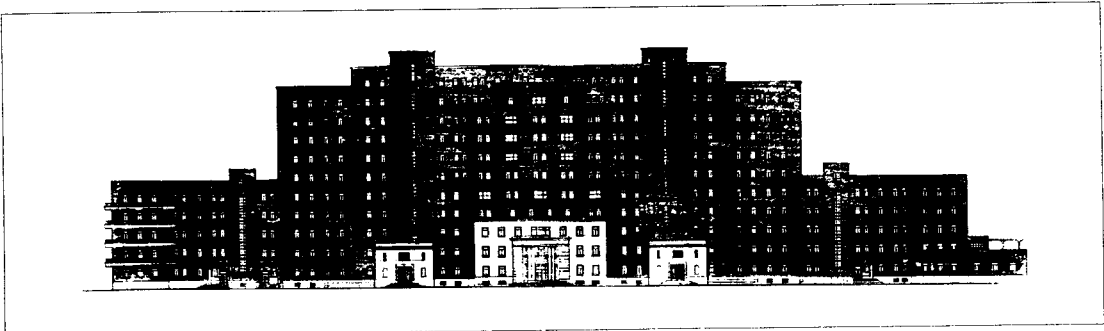


Imágenes extraídas del libro “Los hospitales de Estados Unidos, notas de un viaje de estudios”, de E. Garay.

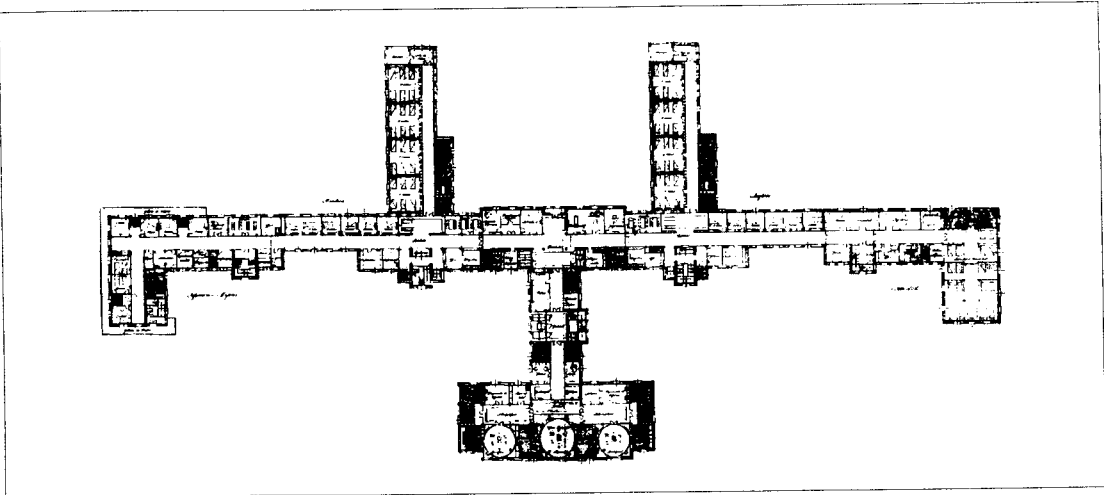
Arriba, la planta y vista del Hospital Universitario de Cornell; abajo, planta y vista del Hospital General de Los Angeles



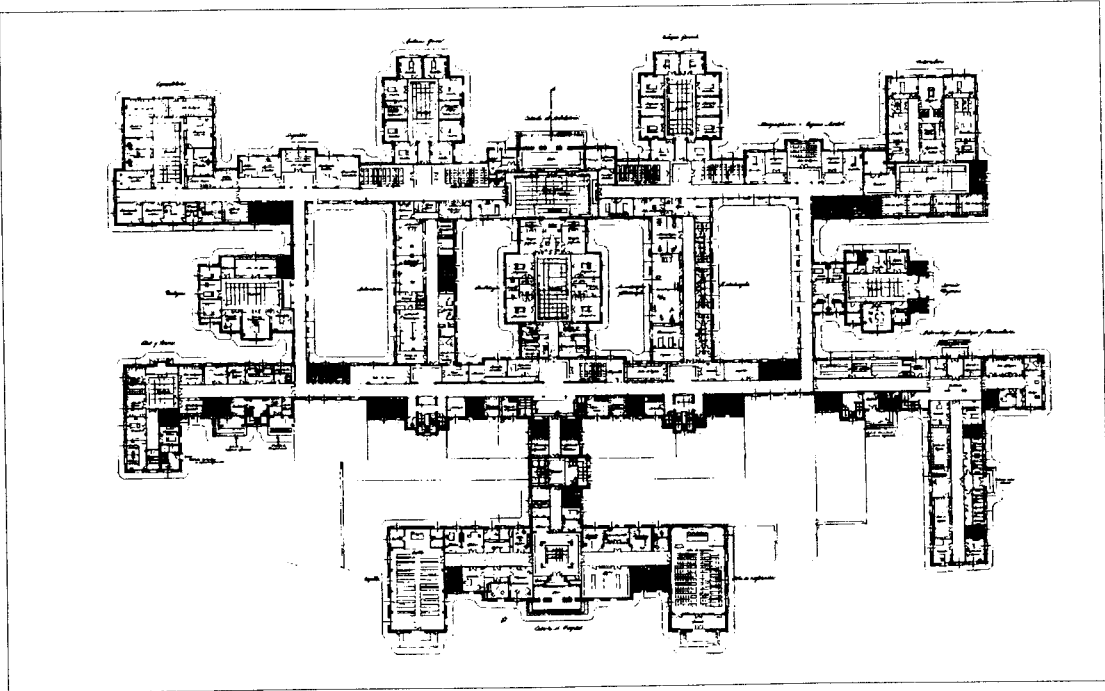
*Primer premio
del concurso de
anteproyectos
de Residencia
Sanitaria para 500
camas
A. Botella
& S. Vilata, 1947
Alzado*

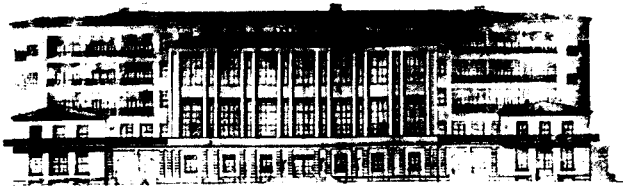


Planta cuarta

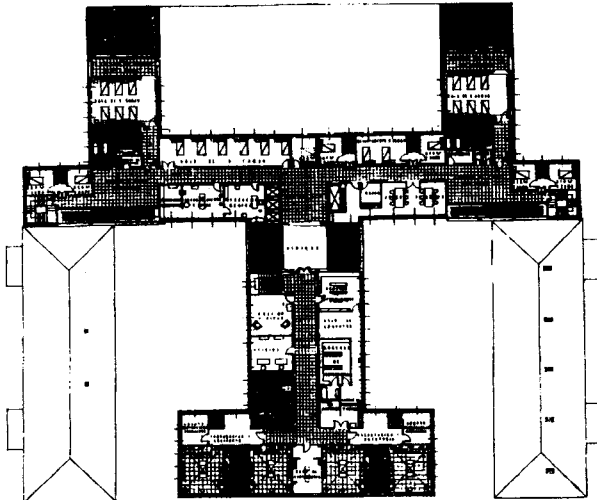


Planta baja

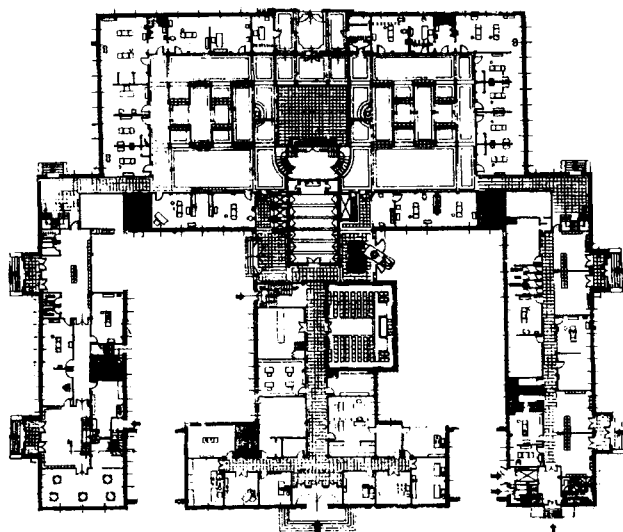




*Primer premio
del concurso de
anteproyectos de
Residencia Sanitaria
para 100 camas
M. Martínez Chumillas &
L. Laorga, 1947
Alzado*



Planta tercera

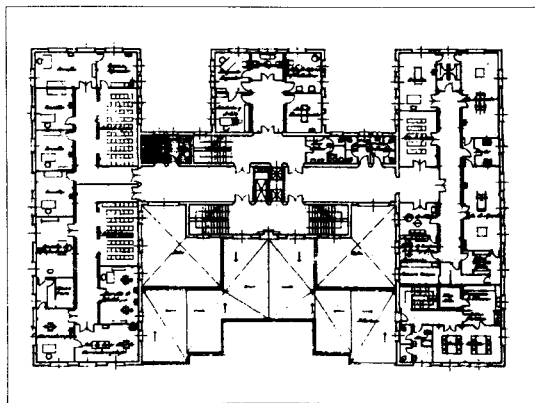


Planta baja

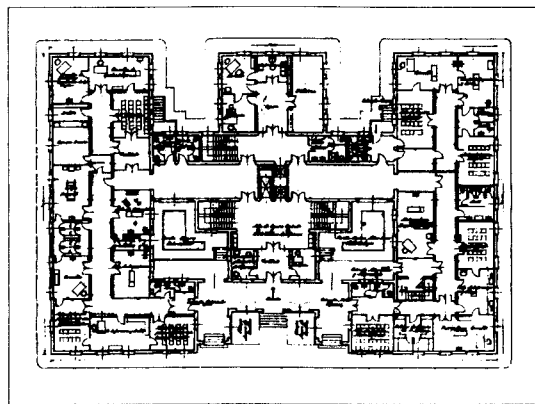
Tercer premio del concurso
de anteproyectos de
ambulatorio completo
A. Arroyo, 1947
Fachada principal



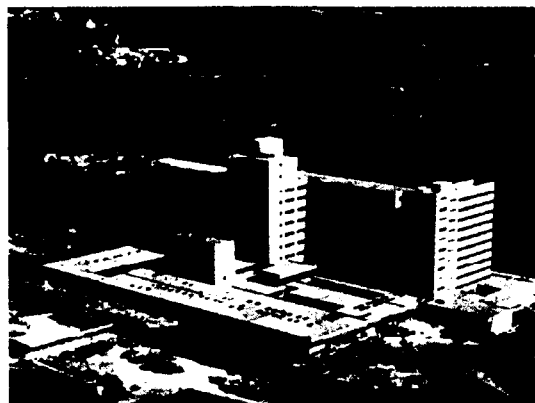
Planta primera



Planta baja



Vista aérea del Hospital
franco-americano
de Saint-Lô, Normandía,
comenzado en 1946



En ese momento comenzaba a levantarse el Hospital de Saint-Lô, el primer ejemplo europeo de hospital de torre y base, pero en los proyectos del concurso ya se habían tomado por buenos los esquemas simétricos característicos de los monobloques de los años treinta, conocidos vulgarmente como “tipo de avión” por referencia a la forma de la planta. Se tomó a esa organización horizontal, originaria también de América, pero se desechó la factura decó que le era propia en favor de un clasicismo simplificado de la era Mussolini, el más oficial de los desarrollados por el Istituto Nazionale Fascista della Previdencia Sociale. No estaban los tiempos para defender una postura como las de vanguardia exhibidas por el GATEPAC de García Mercadal antes de la guerra civil, ni se contaba todavía con los recursos industriales que permitieron introducir unos años después las estructuras metálicas y el diseño de mínimos constructivos.

La exposición estuvo acompañada por un ciclo de conferencias sobre el tema, publicadas posteriormente por el Instituto, como *La evolución de las ideas para la construcción de hospitales* o *El hospital en bloque*, del arquitecto-jefe de Sección del Plan Juan Zavala, *Los servicios médicos en ambulatorios y residencias sanitarias del Seguro de enfermedad*, del Subdirector médico de la Caja Miguel Lafont, y *Problemas sanitarios del Seguro de Enfermedad*, del Director de la Caja Sebastián Criado.

De inmediato, los arquitectos del INP comenzaron a proyectar las residencias y ambulatorios de la Seguridad Social sobre las bases del concurso, con un número de asegurados y beneficiarios siempre en aumento, que vinieron a sumarse a los hospitales de la Beneficencia, a los del Patronato Nacional Antituberculoso y a los que nacían de la iniciativa privada. A partir de ese momento en que el Estado comenzó a asumir directamente las funciones de previsión y seguridad social, la actuación de las provincias, los municipios y la iniciativa privada fue perdiendo relieve.

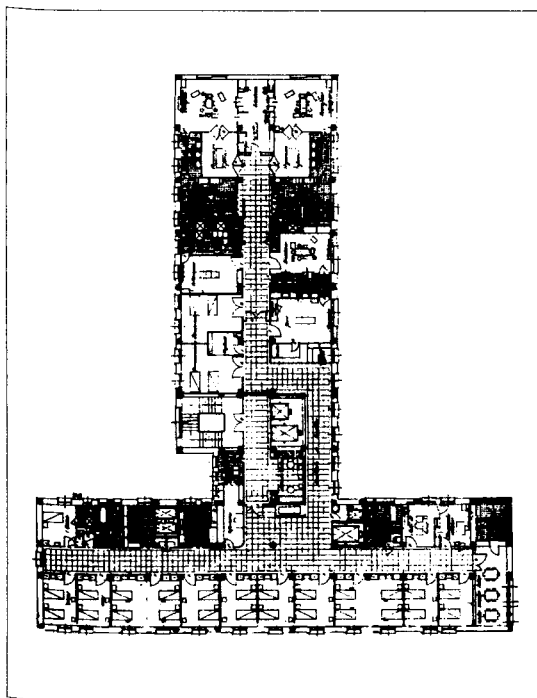


Residencia Sanitaria
Almirante Vierna, Vigo
M.J. Marcide

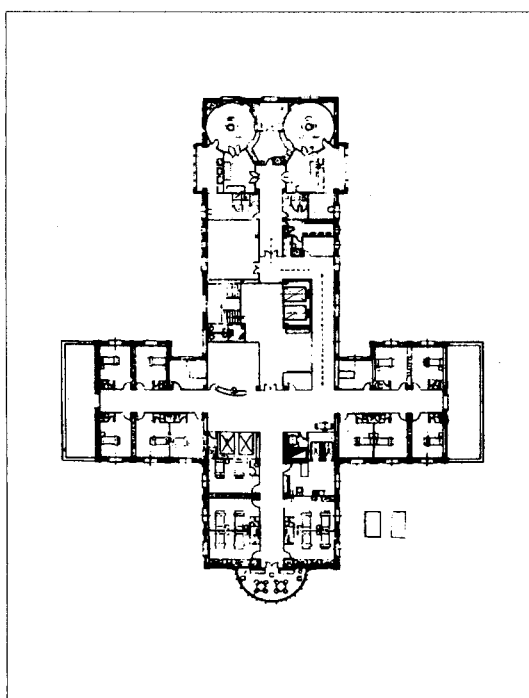
Residencias del INP

En una larga serie de folletos destinada a divulgar la instalación de las Residencias y Ambulatorios del Seguro Obligatorio de enfermedad se imprimieron frases supuestamente históricas, como ésta: *Levantamos estos edificios sanitarios en todos los lugares donde no existían, llenando una necesidad que estaba esperando desde hace muchos años la mano que los pusiera en marcha. Francisco Franco.* O bien: *Una de las obras más bellas que jamás haya emprendido ningún político hasta Franco. José Antonio Girón.* Los folletos se ocupaban también de las biografías de los *Héroes de la Cruzada de Liberación* que les daban su nombre. El primero de ellos se acabó de imprimir, según maqueta y dibujos de Vegas, en la Imprenta Mossén Alcover, de Palma de Mallorca, el día 1 de octubre de 1954. Efectivamente, a los primeros hospitales del Plan de Instalaciones Sanitarias que comenzaron a construirse en 1948 es fácil reconocerlos por sus nombres, pues todos ellos adoptaron los de los grandes y pequeños "héroes de la Cruzada de Liberación", Francisco Franco, José Antonio, General Sanjurjo, Ruiz de Alda, García

Morato, etc., cuyas biografías comenzaron a aparecer publicadas por orden del ministro Girón como presentación de los folletos divulgativos de las realizaciones del INP a partir de 1954. Las Residencias adoptaron la traza con la forma simétrica de avión propuesta por los participantes del concurso, con el ala mayor destinada a enfermería, la cola destinada a zona quirúrgica, y el cuerpo de unión dedicado principalmente a las circulaciones verticales de ascensores. La enfermería se repartió entre las plantas por unidades pareadas de alrededor de treinta camas, aunque en ocasiones fue necesario situar una sola unidad por planta, como ocurrió en la pequeña Residencia Lorenzo Ramírez en Palencia, de Eduardo de Garay, conde del Valle Suchil, y en la más alta y esbelta de todo el Plan de Instalaciones, la Residencia Almirante Vierna en Vigo, de Martín José Marcide. En los primeros proyectos las habitaciones podían tener seis, cuatro, dos o una cama. Las individuales o en dúplex solían estar dotadas con aseos independientes, y el resto con servicios comunes por planta. Poco a poco las demandas médicas tendieron a suprimir las habitaciones de seis camas y a incorporar un cuarto de baño a todas.

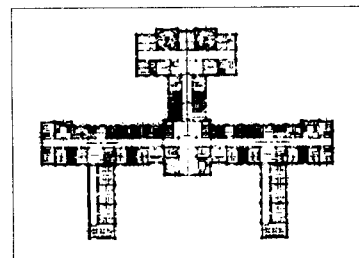


Izq: Residencia
Sanitaria Lorenzo
Ramírez, Palencia
E. Garay
Planta segunda



Dcha: Residencia
Sanitaria Almirante
Vierna, Vigo.
M.J. Marcide
Planta tipo

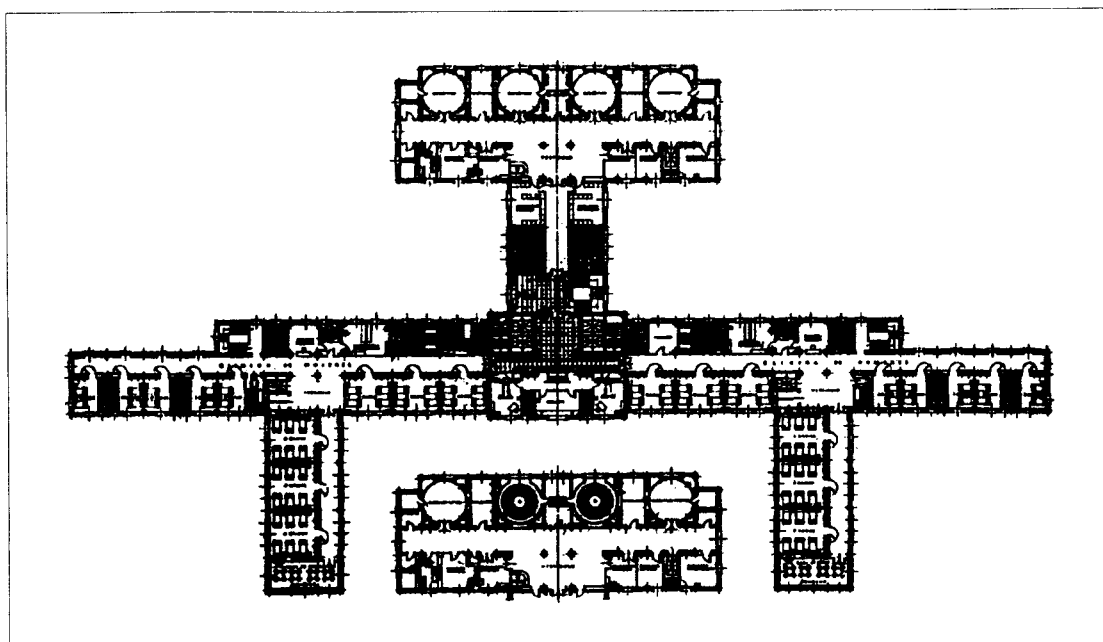
*Residencia Sanitaria
Ruiz de Alda, Granada
A. Botella
Plantas sexta,
séptima y octava*

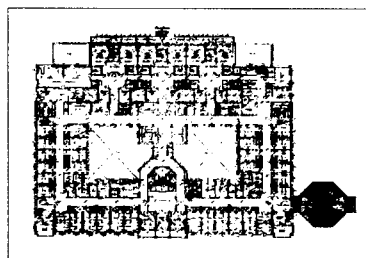


La similitud del conjunto de residencias del INP permite seguir el rastro de los cambios que se registraron a lo largo del Plan. En la Residencia Francisco Franco en Barcelona, de Aurelio Botella Enríquez, más de la mitad de las camas de cada unidad de enfermería pertenecía a habitaciones múltiples, y el bloque quirúrgico para cada dos unidades de enfermería contaba con cuatro quirófanos. Su homóloga granadina, la Residencia Ruiz de Alda, también de Botella, no tenía ya habitaciones de seis camas, y contaba con la mitad de quirófanos. Lo mismo puede decirse con los proyectos consecutivos de Marcide para Almería y Bilbao. El proyecto compacto y anticuado de la Residencia Carlos Haya en Málaga, de Germán Álvarez de Sotomayor, incorporaba ya los aseos a todas las habitaciones, que no pasaban de las tres camas. Esa incorporación de aseos y esa reducción del número de camas también aparecía recogida en los hospitales de Pamplona y Palma, de García Mercadal y de Marcide y Aburto, respectivamente. Los dos edificios, de los últimos años cincuenta, sumaban además unas terrazas a la mayoría de habitaciones, como se estaba imponiendo en la construcción residencial del país, lo que contribuía a renovar y hacer menos oficial el aspecto de las residencias sanitarias.

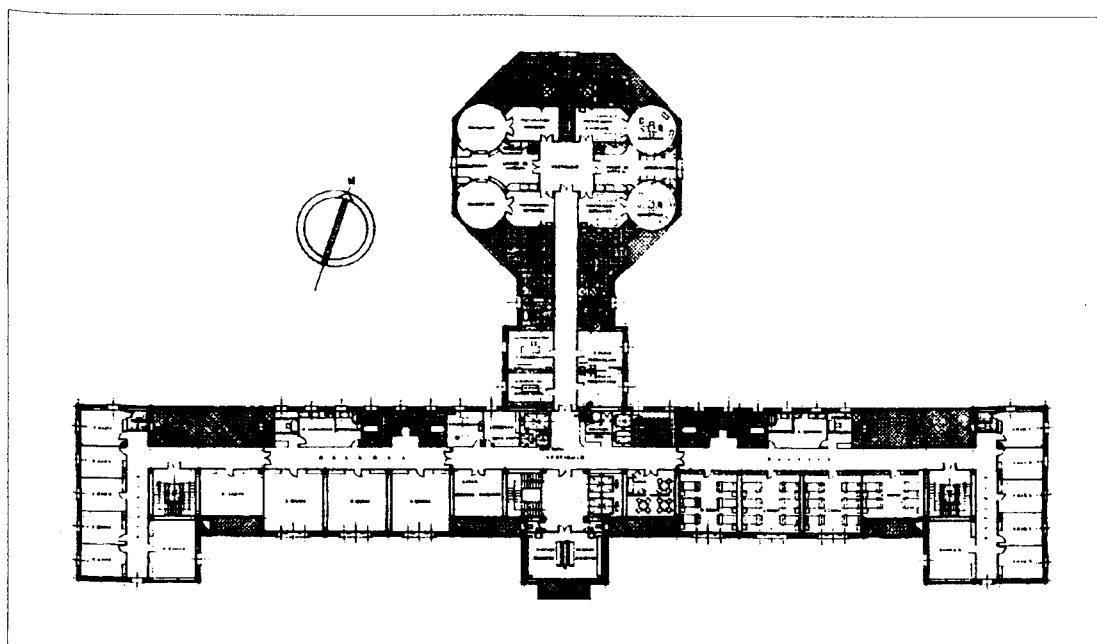
La situación centrada del grupo de ascensores y escalera en las residencias de los años cincuenta provocaba un cruce de circulación entre enfermería y quirófanos, poco deseable en unos hospitales dedicados en gran parte, dado el carácter de las prestaciones del Seguro, a la hospitalización quirúrgica. Ese inconveniente se procuró solucionar con una separación total de los ascensores metiendo los de médicos, enfermos y material dentro del grupo quirúrgico. Valga como primera muestra la Residencia Sanitaria de Alicante, de Garay. Como los hospitales del Seguro de Enfermedad estaban concebidos como hospitales de especialidades dispuestos en vertical, con agrupaciones de dos quirófanos por planta que se dedicaban en exclusiva a cada especialidad médica, el rendimiento que podía obtenerse de los diversos grupos quirúrgicos era muy desigual, con algunos casi paralizados y otros sometidos al ritmo de las listas de espera. Esa organización impensable para una clínica particular continuó utilizándose en los hospitales del Instituto hasta los últimos años setenta, con realizaciones tan conspicuas e inconvenientes como el Centro de especialidades Ramón y Cajal, que poco después de inaugurado en 1977 comenzó a entrar en crisis por esa causa.

*Residencia Sanitaria
Francisco Franco,
Barcelona
A. Botella
Plantas cuarta, sexta
y séptima y detalle de
planta quinta*



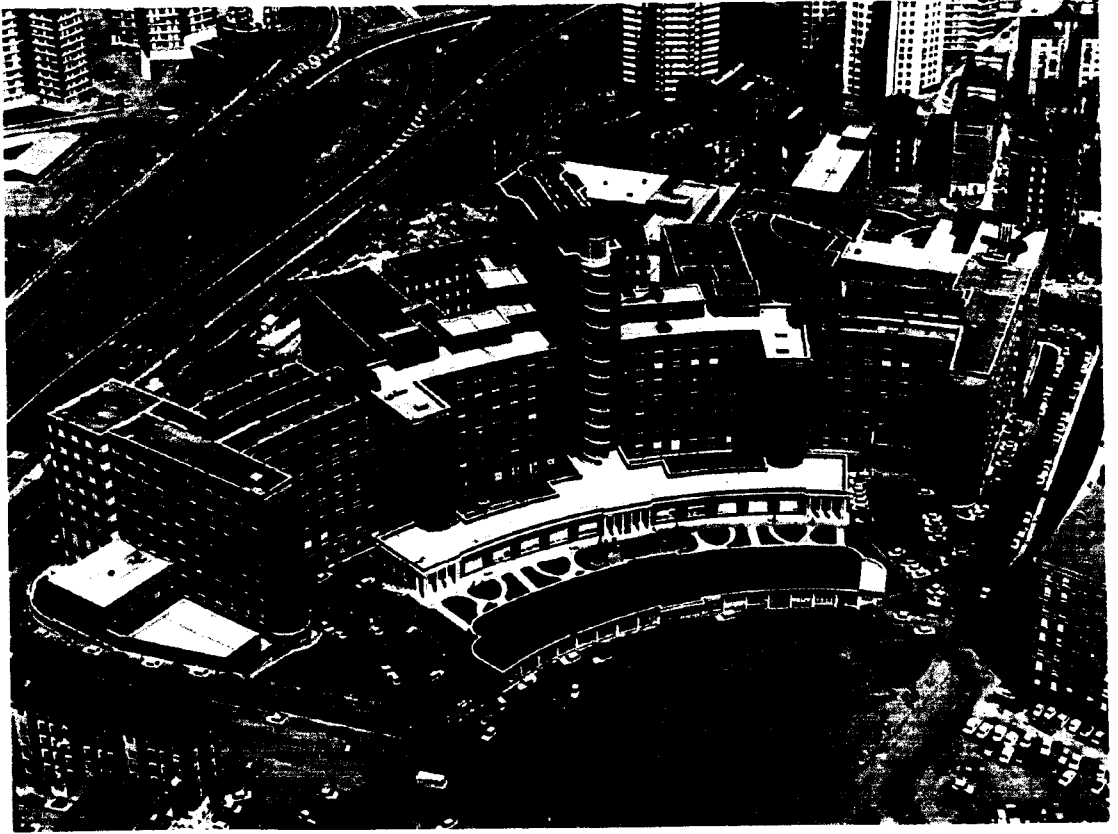
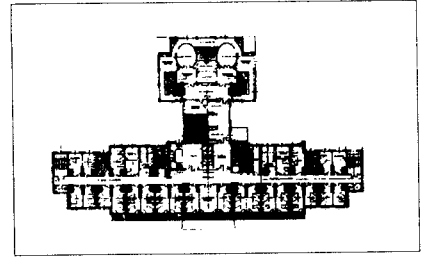


*Residencia Sanitaria
Carlos Haya, Málaga
G. Álvarez de Sotomayor
Planta primera*

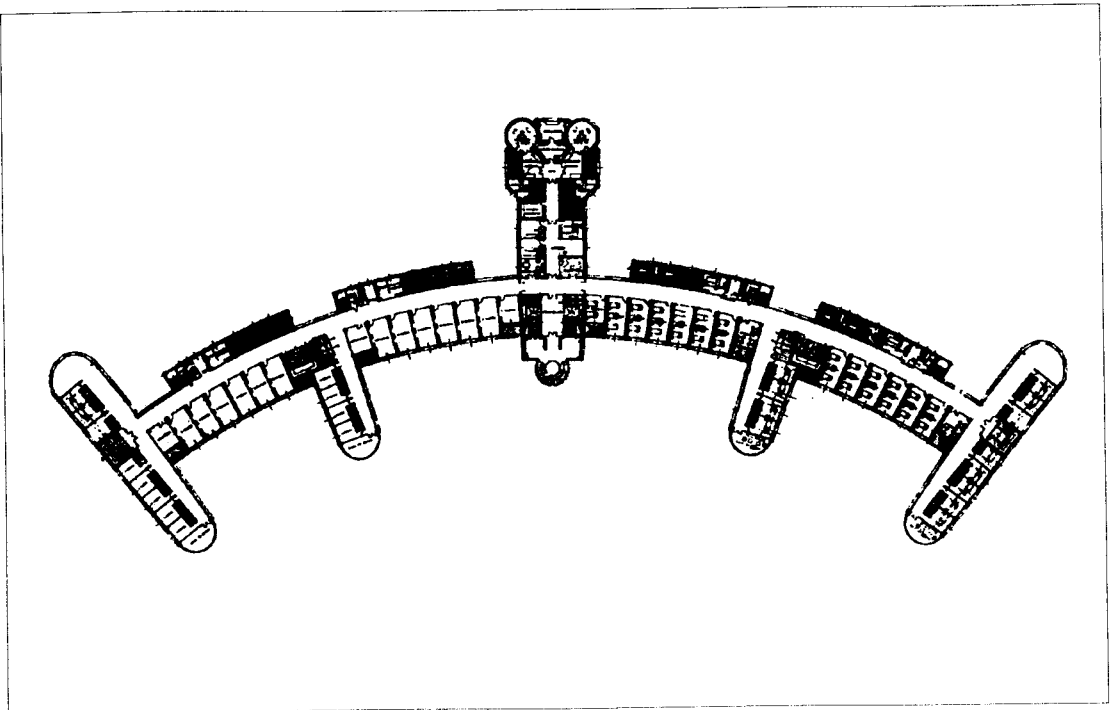


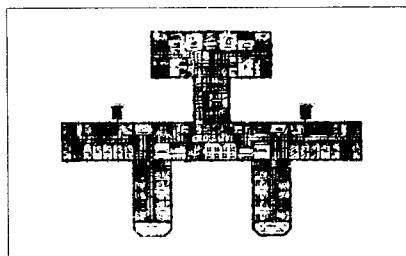
*Residencia Sanitaria de
Almería
M.J. Marcide
Fachada principal y
planta tercera*

*Residencia Sanitaria
de Pamplona
F. García Mercadal
Planta primera*



*Residencia Sanitaria
Enrique Sotomayor, Bilbao
M. J. Marcide
Vista general y plantas
primera, segunda,
tercera y cuarta*

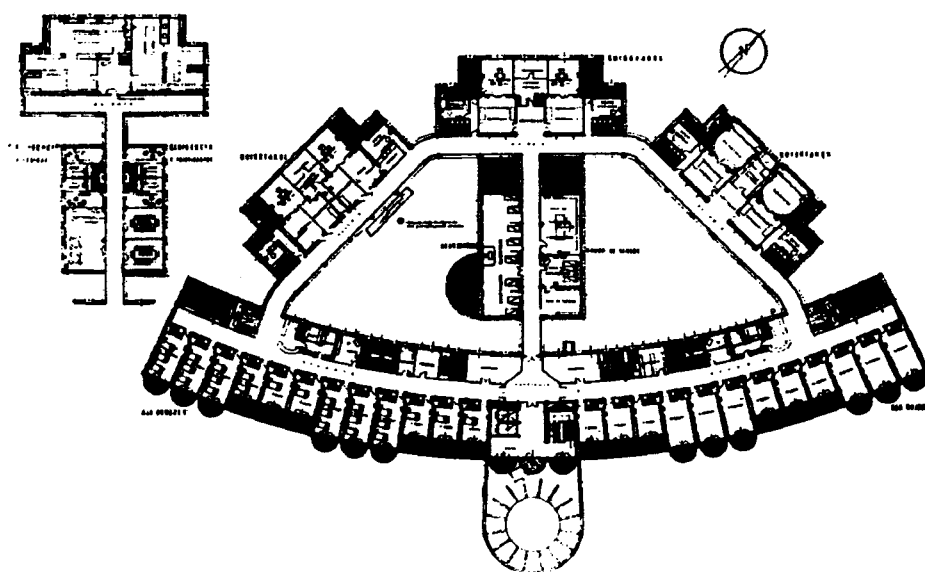




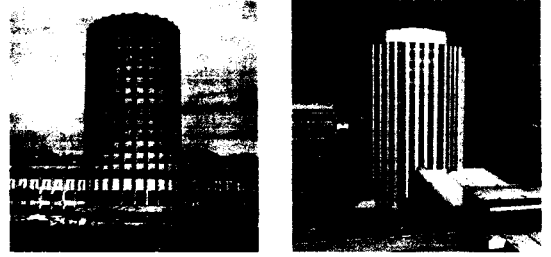
*Residencia Sanitaria
de Alicante
E. Garay
Planta quinta*



*Residencia Sanitaria
de Palma de Mallorca
M.J. Marcide
Vista general, planta
primera y detalle de planta
tercera.*



A la izquierda,
Complejo Sanitario
Valle de Hebrón,
Barcelona;
a la derecha,
Torre Balilla

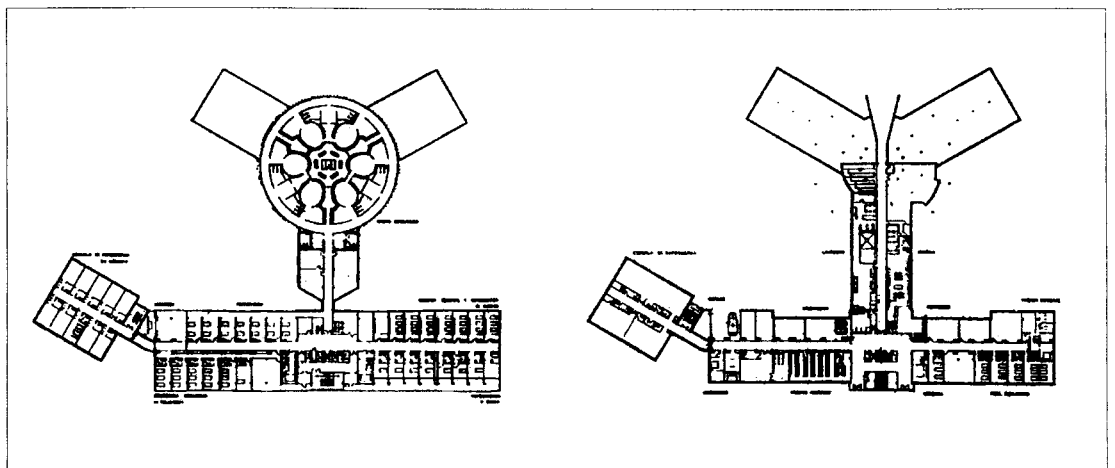


*Evaluación y correcciones del modelo.
La nueva fachada del INP.*

Hacia el año sesenta el Departamento de Proyectos del Instituto, dirigido por Marcide, presentó un proyecto teórico de hospital de trescientas camas dedicado en su mayor parte a hospitalización quirúrgica, aunque también con una zona de hospitalización médica concebida para alojamiento de los pacientes durante el proceso de diagnóstico. Con el fin de mejorar el citado bajo rendimiento de los quirófanos se propuso centralizar en una sola planta todos los servicios quirúrgicos de las especialidades, a excepción de la cirugía séptica y la maternidad, que estaba entonces dejando de ser una práctica hogareña y comenzaba a invadir el terreno del hospital que hasta entonces no le había sido propio. Este bloque centralizado de especialidades se situó exento del edificio principal, a cota de la unidad de reanimación, de la zona de diagnóstico médico y de la residencia de las monjas. Encima de las plantas de cirugía séptica y maternidad, cada una de éstas con sus quirófanos y enfermerías correspondientes, se dispusieron las plantas de enfermería de las distintas especialidades. Marcide incorporó esa solución en los siguientes proyectos, como las residencias sanitarias de Segovia, Castellón y Santander. El bloque quirúrgico de ese proyecto teórico tenía una forma cilíndrica que hacía muy reconocibles los proyectos del arquitecto bilbaíno.

Marcide también produjo hospitales cilíndricos, en los que parece haber seguido a los italianos. La enfermería de planta circular era habitual en los proyectos europeos y americanos de los últimos años 50, pero siempre en un edificio de pocas plantas. Marcide, en cambio, proyectó hospitales completos en altura con la planta de la enfermería redonda; la utilizaría en las maternidades que iba a construir poco después. Su referencia más probable, ya que la tenía entre las publicaciones usadas por los arquitectos del Instituto, fue la Torre Balilla de la colonia obrera de la FIAT en la playa de Marina di Massa, una obra de los años treinta del ingeniero italiano Vittorio Bonadè Bottino, que había ensayado en varios proyectos el alojamiento en torres redondas. El proyecto teórico de Marcide para hospital de trescientas camas, señala, aunque todavía incipiente, la aproximación a la modernidad que impulsaron los arquitectos más jóvenes del INP. En esa época ya no se trataba de resucitar la arquitectura del *Imperio español* sino de mostrar la reincorporación del país a la esfera internacional. Y la incorporación de las instituciones sanitarias llegó con bastante retraso, si se tiene en cuenta que en los primeros cincuenta el Plan Marshall había despertado un interés generalizado por lo que ocurría en el extranjero, y a mitad de la década la Revista Nacional de Arquitectura y su homóloga catalana Cuadernos de Arquitectura habían eliminado por completo todo rastro de interés por el clasicismo o por cualquier estilo autóctono. La colaboración de arquitectos españoles

Hospital teórico de
trescientas camas
M.J. Marcide
Plantas segunda y
semisótano





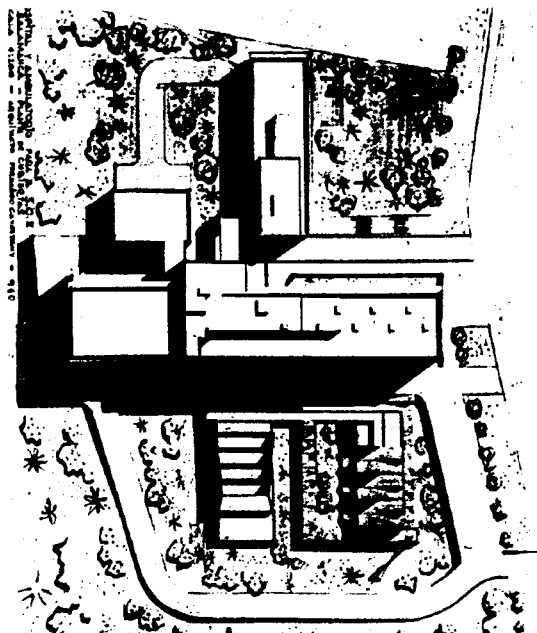
*Hospital Materno-Infantil
de Cantabria
M.J. Marcide*

en proyectos como el de la Embajada de los Estados Unidos o el Hospital Angloamericano de Madrid debió jugar un papel importante, a juzgar por los comentarios admirativos de Fernando Cavestany hacia su amigo Mariano Garrigues, arquitecto colaborador en ambos proyectos. Lo *americano* como símbolo de prosperidad se estaba imponiendo tanto a la hora de comprar unas gafas o unos pantalones vaqueros como a la hora de proyectar los edificios.

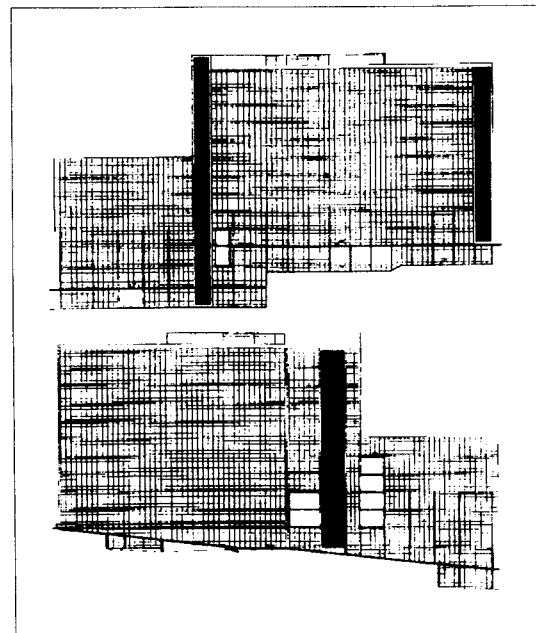
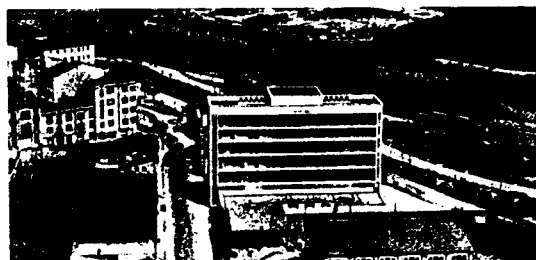
Aunque haya que mantener los ojos entornados para no ver el detalle al que se aludirá después, los ambulatorios modulares de Avilés y Santander y el Hospital

de cristal y aluminio de Salamanca, proyectos de Fernando Cavestany, señalan ese nuevo horizonte hacia el que miraron los arquitectos del INP en los sesenta. Una meta ceñida a cuestiones de estilo que tomaba prestado de las bases militares americanas y también de Richard Neutra y de Arne Jacobsen, ídolos compartidos por los mejores arquitectos españoles de entonces, como Molezún, Sota, Corrales o Fisac. Los trazados simétricos de los primeros hospitales iban dejando paso a composiciones menos rígidas tomadas de referencias externas de la arquitectura internacional, aunque sin dedicar demasiada atención a los contenidos constructivos que las hacían posibles.

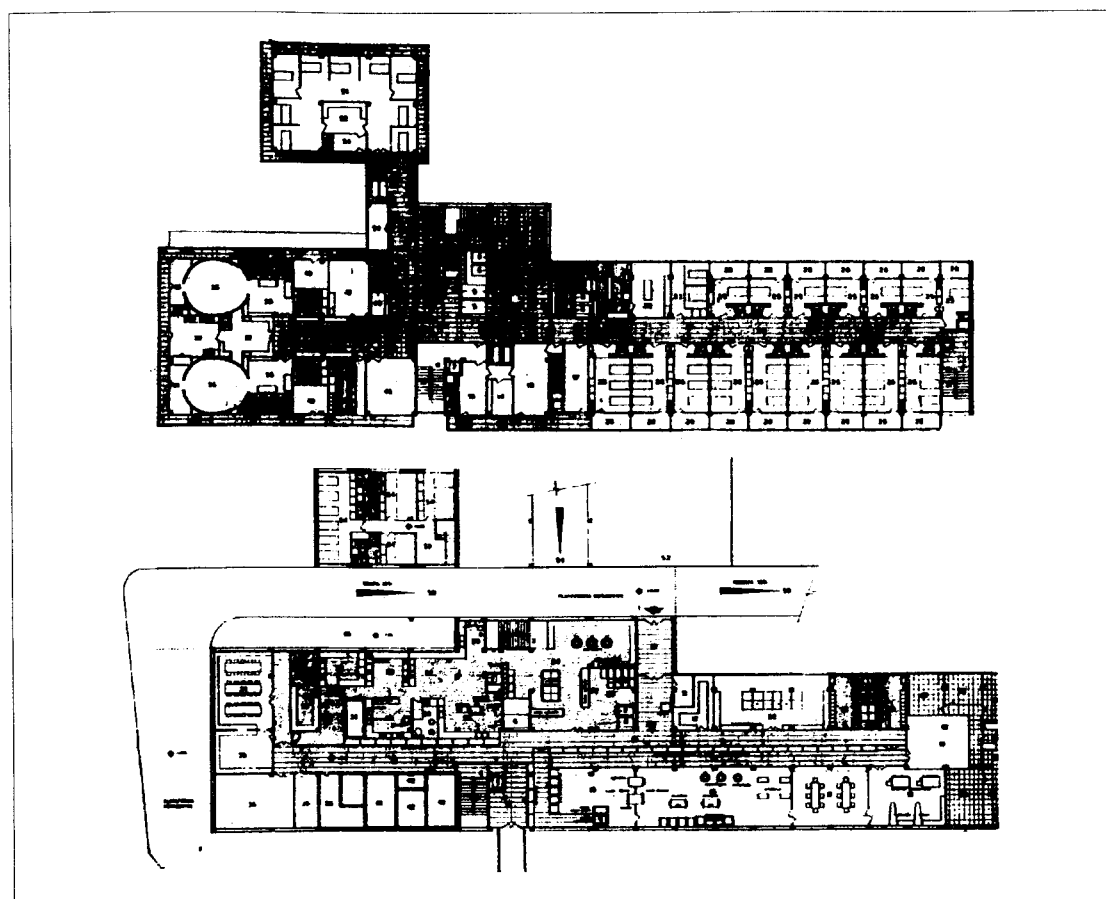
Hospital de Salamanca
F. Cavestany
Planta general y alzados

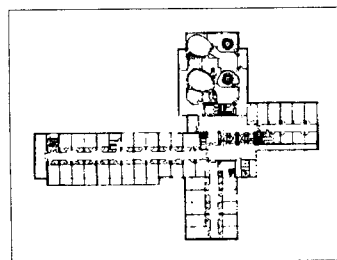


Ambulatorio de Avilés.
F. Cavestany



Plantas segunda y
semisótano



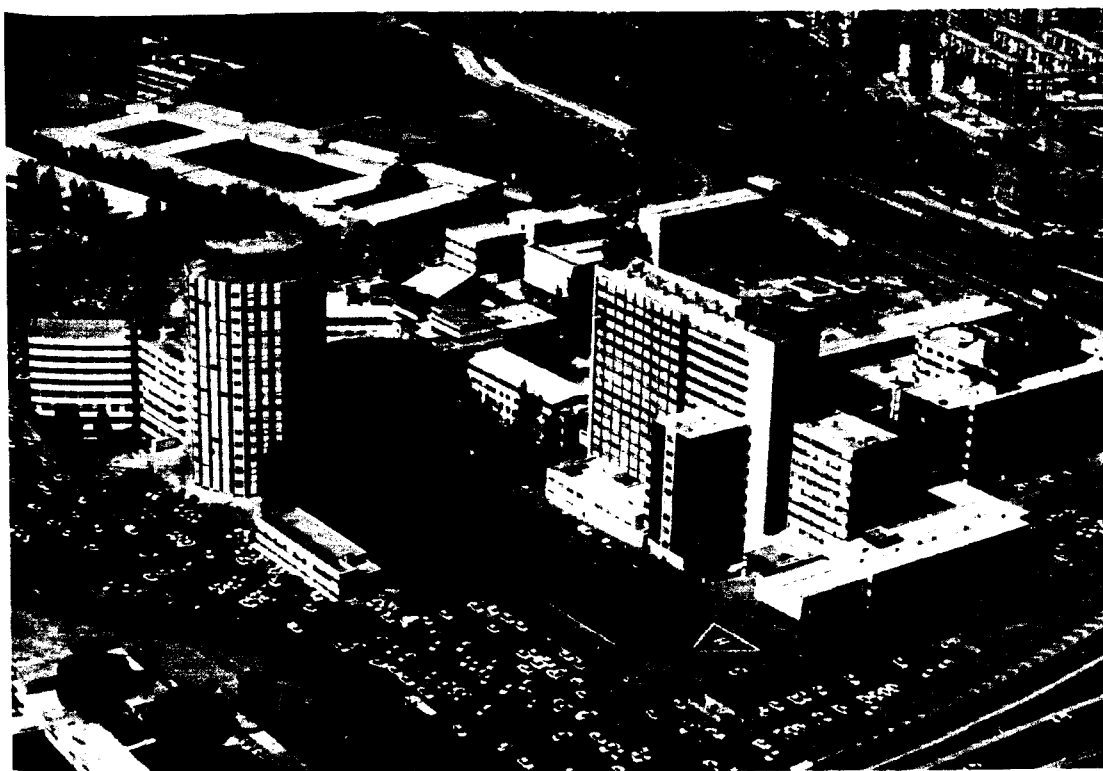


*Residencia Sanitaria La Paz
Madrid
M.J. Marcide
Planta tipo*

Ciudades Sanitarias

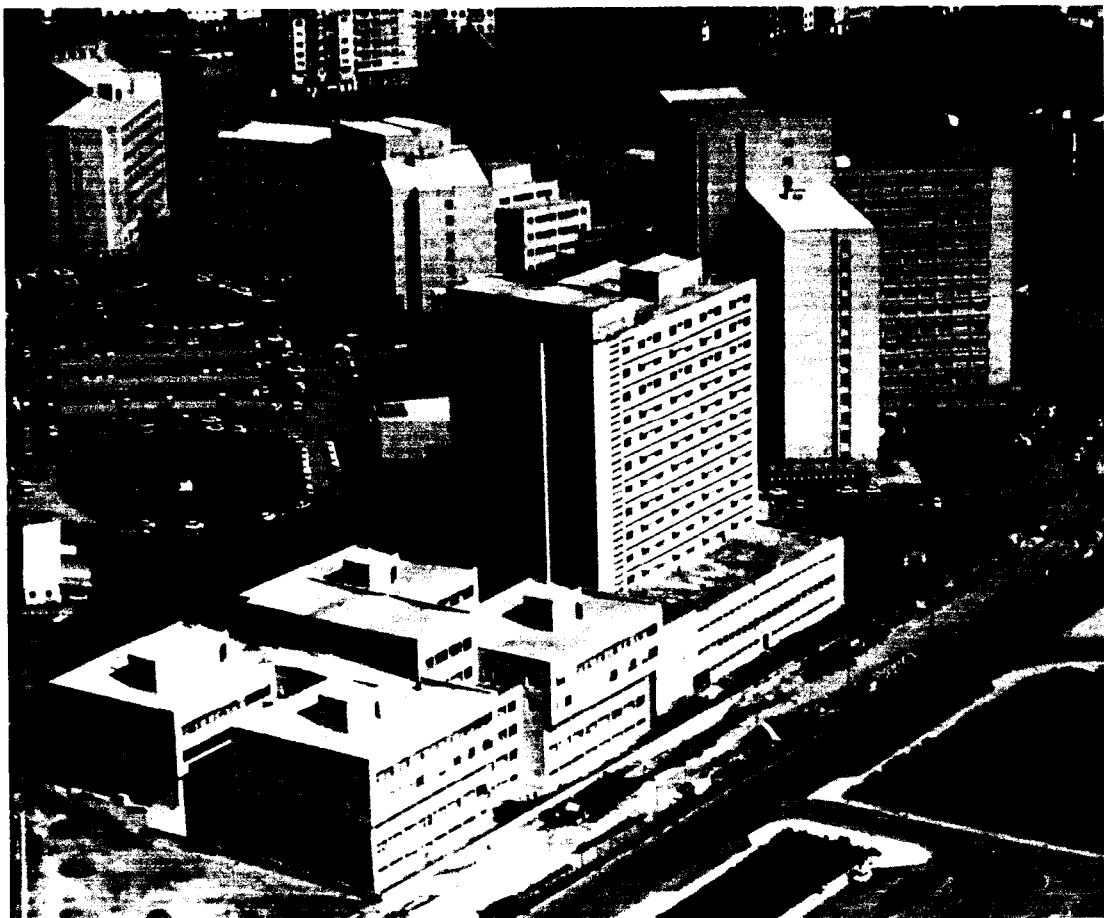
La celebración de los 25 años de Paz, en 1964, inició esa nueva andadura en el terreno sanitario. El proyecto de Marcide para la madrileña Residencia Sanitaria que habría de simbolizar el acontecimiento introducía cambios importantes en la organización del hospital. La compartimentación del área de hospitalización iba a responder a unos criterios de supervisión, estableciéndose las zonas de cuidados mínimos, medios e intensivos en función de la cercanía al grupo quirúrgico. En el terreno político se trataba de pasar la página de la historia reciente de España, y los nombres de la Paz, la Fe, las Virgenes del Rocío, de Covadonga, de Arrixaca o de Cristal sustituyeron a los de los "héroes de la Cruzada" en los años felices del *baby boom* en que los hospitales de agudos pasaron a ser hospitales de cuidados progresivos. Así la Residencia Sanitaria García Morato, en Sevilla, iba a llamarse Virgen del Rocío, y su homóloga Lorenzo Ramírez, en Valencia, se rebautizaría como La Fe. Pronto, junto a las primitivas residencias sanitarias comenzaron a levantarse los nuevos

centros de rehabilitación y traumatología, las maternidades y los hospitales infantiles, ocupando el lugar como grandes ciudades sanitarias. La antigua cifra de hospitalización, en torno a las seiscientas camas, se multiplicó por tres o por cuatro, como ocurría en los grandes centros asistenciales de la Europa más avanzada. Sin embargo en nuestro país no se reparó en que los ejemplos europeos unían a la propuesta sanitaria la búsqueda de unos diseños articulados de su soporte arquitectónico, y se entendió como suficiente la mejora de la oferta médica. Quedó en segundo plano la necesidad de una correcta relación espacial y funcional entre los diferentes Servicios. Las ciudades sanitarias se comportaron como un conjunto de edificios muy próximos que habitualmente compartían servicios como la central térmica o la lavandería, pero que eran prácticamente independientes en términos funcionales, al modo de los antiguos hospitales de pabellones, si bien cambiando los jardines entre edificios por grandes playas de aparcamiento, lo que contribuía muy poco a las relaciones deseables entre distintas áreas de conocimiento.



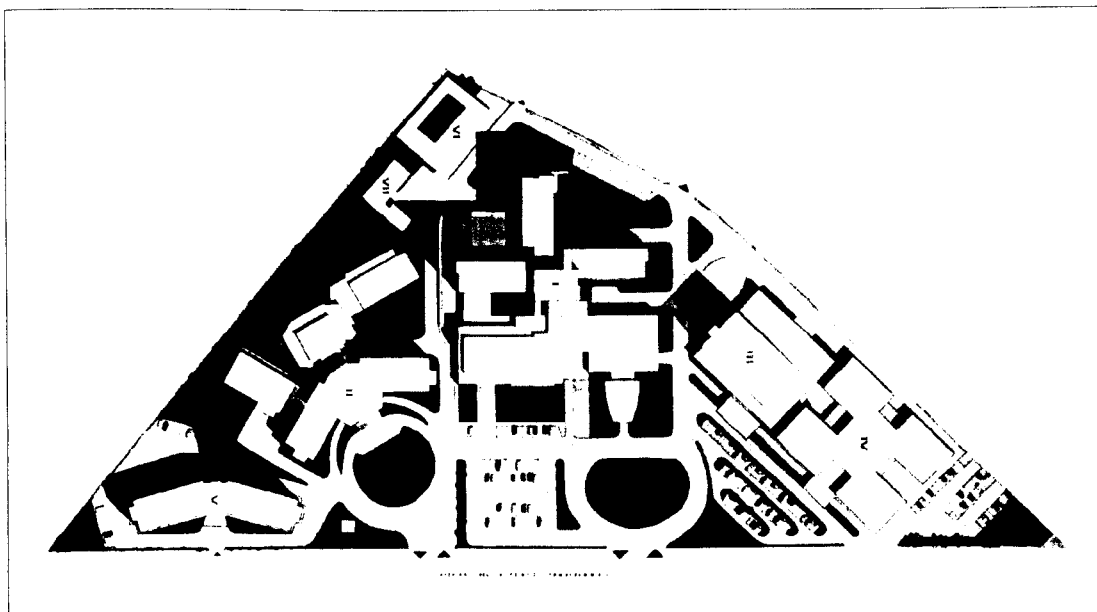
*Ciudad Sanitaria La Paz
Madrid
M.J. Marcide*

*Ciudad Sanitaria La Fe,
Valencia
J. de Zavala, F. Flórez
y J. Picabea*



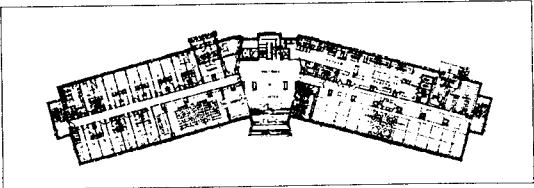
Planta general

- I. Residencia General,
1100 camas
- II. Centro de
Rehabilitación,
traumatología y
quemados,
400 camas
- III. Maternidad,
350 camas
- IV. Hospital infantil,
400 camas
- V. Escuela de
enfermeras y
residencia de
enfermeras internas
y comunidad
religiosa
- VI. Mortuario y
anatomía patológica
- VII. Central térmica y
tratamiento de aguas

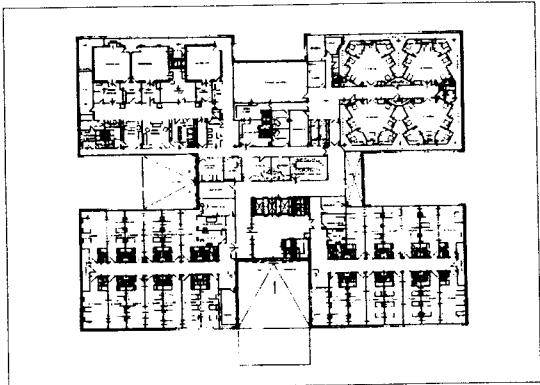


El proceso de planificación, diseño y construcción de las instalaciones del INP era muy singular, quizás porque las prisas por tejer la red de hospitales no dejaban margen de tiempo para el estudio a fondo de los problemas que iba planteando el continuo avance de la medicina y la ampliación de la cobertura sanitaria. En una comunicación escrita de Fernando Flórez, uno de los arquitectos jefes del INP de los años setenta, al responsable de los proyectos del NHS británico William Tatton-Brown se relata ese proceso, que duraba tres o cuatro tardes. Según Flórez, Manuel Santos, el médico jefe de la Asesoría de Proyectos, se reunía con el arquitecto de plantilla responsable del proyecto: se discutían los últimos hospitales de la Red y se incorporaban las mejoras necesarias. La fase de diseño se desarrollaba en las oficinas del INP por uno de sus cuatro, cinco, o seis equipos, según el momento, compuesto cada uno por dos o tres arquitectos, un par de estudiantes de los últimos cursos de carrera y seis o siete delineantes. Los diseños eran repetitivos, de modo que los planos se reutilizaban muy a menudo, en muchas ocasiones sin comprobar si quiera las condiciones de los solares, lo que daba lugar, por ejemplo, a desgraciadas rampas de entrada para ajuste del proyecto a la realidad.

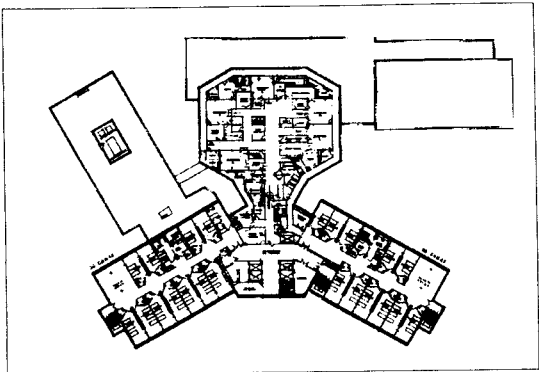
Los proyectos se reducían a unos pocos planos de arquitectura y unos esquemas de instalaciones. Según se dice, el desarrollo del proyecto corría a cargo de una de las cinco compañías constructoras que colaboraban con el Instituto desde que se hiciera un concurso de lista de precios cerrada para proyectos de hospitales del Seguro de Enfermedad. Los arquitectos encargados de los proyectos pasaban de vez en cuando por las oficinas de las de esas empresas a supervisar los detalles. Las compañías citadas habían sido elegidas en su momento, entre otras razones en función de su calificación empresarial y de su lista de precios, así que en los concursos de adjudicación de obra era solo necesario evaluar los plazos propuestos por cada una. Ocasionalmente alguna empresa ajena al grupo seleccionado se ofrecía a desarrollar los pro-



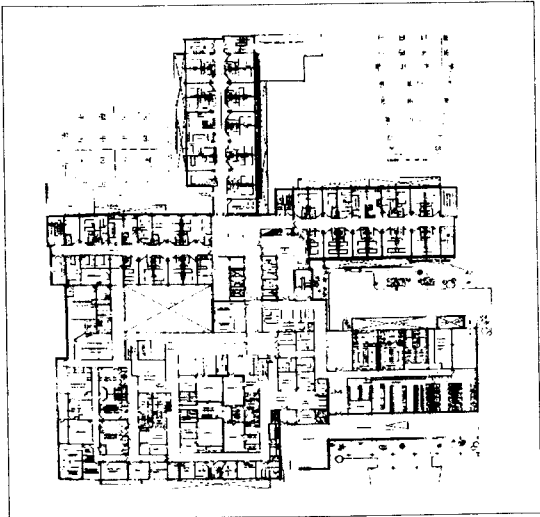
Ciudad Sanitaria La Fe,
Valencia
Escuela de Enfermeras
Planta baja



Hospital infantil
Planta primera

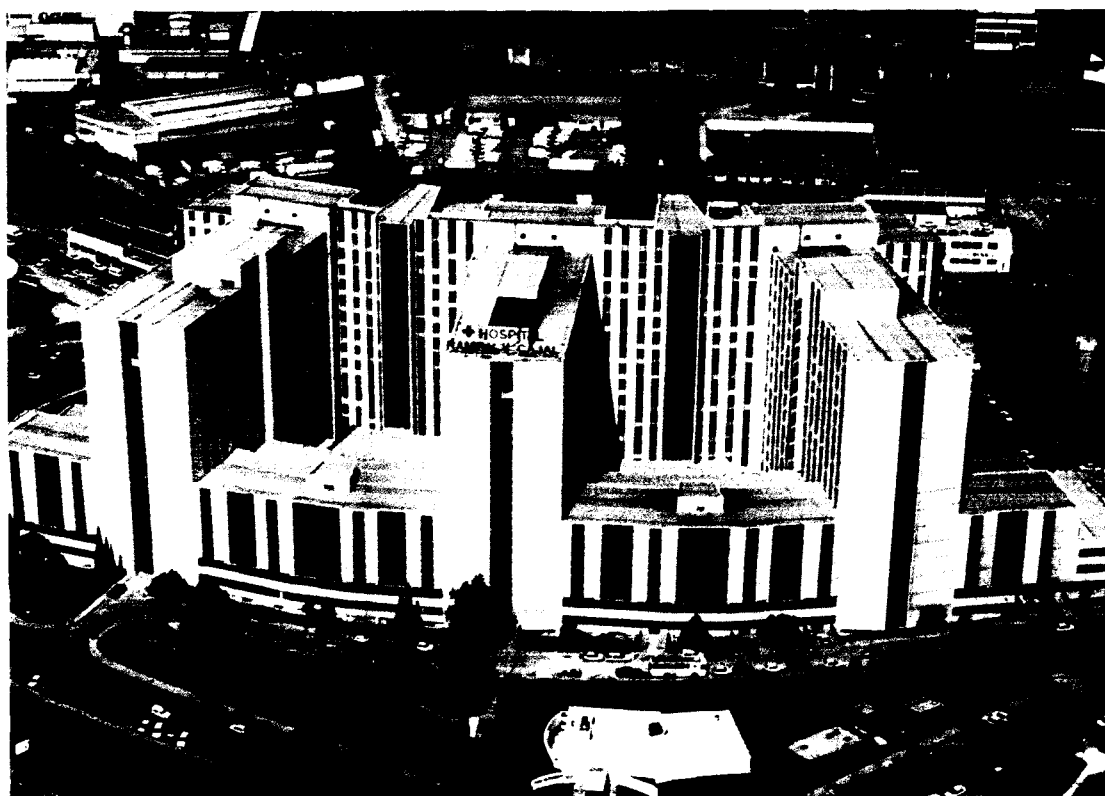


Centro de rehabilitación
y quemados



Residencia general

*Centro Nacional de
Especialidades Quirúrgicas
Ramón y Cajal, Madrid
M.J. Marcide, R. Aburto y
F. del Cerro*



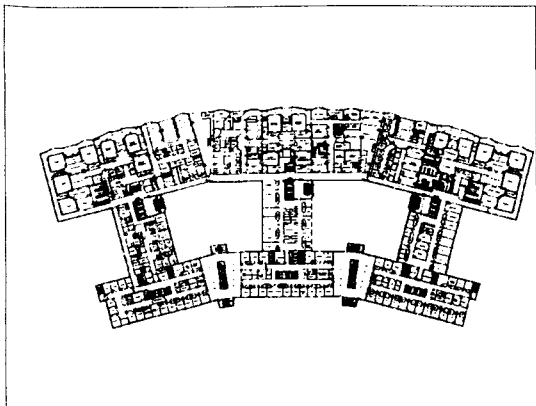
yectos a los arquitectos el INP, pero ni aún así lograba las adjudicaciones. A menudo las obras comenzaban antes de que los proyectos estuviesen terminados, a veces adelantándose a decisiones básicas que luego tenían que amoldarse a lo que se hubiera construido. Cada mes de adelanto sobre dicho plazo se premiaba con un 1,25% teórico; el mismo retraso suponía una penalización del 2,5%, también teórica. Aunque parece ser que las teorías no solían llevarse a la práctica.

Esa manera de proceder unida a una financiación asegurada por la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad, a la supresión de toda la maquinaria burocrática habitual para la concesión de permisos, licencias y venias, y a la centralización de toda la responsabilidad en unas pocas personas fueron otros factores que permitieron al INP batir todos los récords de tiempo a escala internacional: mientras que el promedio europeo de planificación y construcción de un hospital era diez años, en España se acortaba

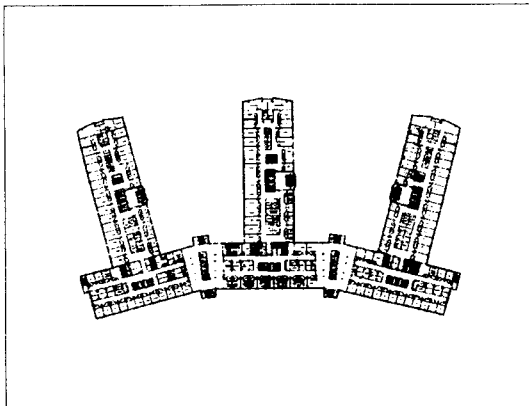
a poco más de dos. Así, los presupuestos previstos para la operación no se veían aumentados por causa de la inflación, problema que traía de cabeza a los responsables de los servicios de salud de países como Suecia, Dinamarca o Gran Bretaña.

Junto a los éxitos merecidos de esa política es preciso tener en cuenta los errores, ya detectados desde temprano y que no llegaron a corregirse bajo la presión de las prisas, como reconocía el propio arquitecto del INP Fernando Cavestany, quien se preguntaba cuál sería la forma de proyectar un hospital lo más perfecto posible. A su juicio era necesaria, aparte de la planificación por parte de un equipo pluridisciplinar y de la labor de concepción general del arquitecto jefe, la colaboración de un equipo de arquitectos especialistas que desarrollasen hasta el límite unos detalles que no debían quedar en las manos de las constructoras, de un equipo de médicos especializados en el conjunto del hospital como función asistencial y en muchos casos docente, y del asesoramiento de los espe-

*Centro Ramón y Cajal
Planta primera:
Cardiovascular,
traumatología y otorrino*



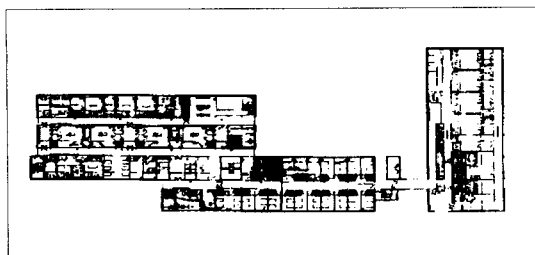
*Planta cuarta:
Cardiovascular,
maxilofacial y
otorrino*



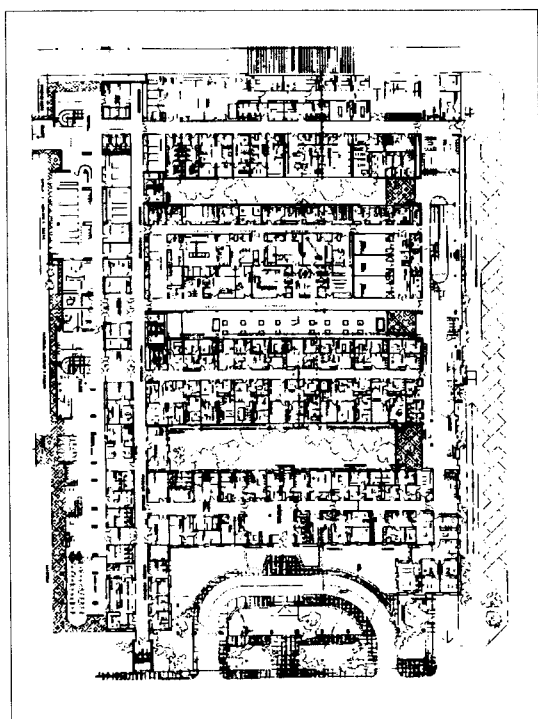
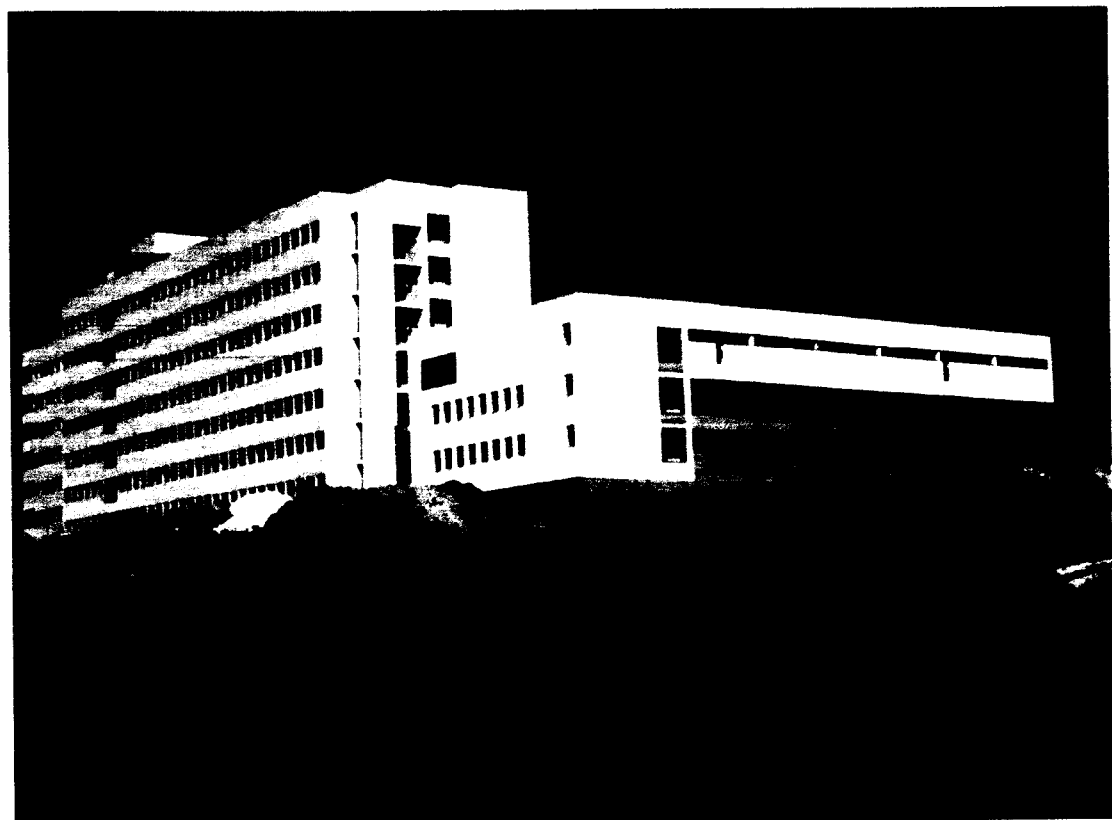
cialistas al tanto de las últimas innovaciones sanitarias. De hecho lo que describía era el proceder de los servicios nacionales de salud de los países desarrollados. Pero la urgencia de construir la red de hospitales del INP no dejó sitio, hasta entrados los años setenta y por iniciativa particular de alguno de sus arquitectos más jóvenes, al ensayo de otras propuestas arquitectónicas que se ponían en práctica en los países más avanzados de Europa. Como resultado de ese proceso apresurado los hospitales de los 50 y 60 pertenecen al tipo ya descartado internacionalmente a finales de los treinta, y las ciudades sanitarias no suponen mucho más que una incorporación de nuevos edificios a los antiguos, incorporación que vino a complicar el ya de por sí enmarañado rompecabezas de circulaciones y servicios al que habían llegado aquellos con el desarrollo de la medicina. El aislamiento internacional de los primeros años del franquismo y la necesidad de construir la red para cumplir con los asegurados son sin duda condiciones que explican el proceso y su falta de visión social y arquitectónica. Pero en el frenesí de construcción se perdió la oportunidad de actualizar las bases de proyecto a la vista de las instalaciones hospitalarias de los países más avanzados. Aunque con los presupuestos españoles tampoco habría sido posible acometer las propuestas con la calidad técnica de aquéllos, se habría evitado repetir proyectos que se demostraron desfasados desde su origen.

En los primeros años setenta se incorporaron al Instituto algunos arquitectos jóvenes que comenzaron a recomponer el largo camino trazado por los arquitectos de

los hospitales europeos desde el término de la Segunda Guerra Mundial. El Saint-Lô español correspondió a Avilés, según proyecto realizado por Alfonso Casares entre 1971 y 1974. Este ejercicio que mejoraba la extraña relación existente entre los cuerpos principales del hospital normando, independizando totalmente el bloque de urgencias y cuidados intensivos, incorporaba además un novedoso esquema de pasillo doble en el bloque quirúrgico. Fernando Cavestany utilizó poco después los mismos principios generales para el Hospital de Plasencia, terminado en 1975. El mismo Casares, que fue años más tarde el responsable de la oficina de proyectos del Instituto Nacional de la Salud, proyectó junto con Reinaldo Ruiz la ampliación, al quíntuplo de capacidad, de la pequeña Residencia Sanitaria de Palencia, del arquitecto Garay. Los esquemas de mallas aplicados en este ejercicio marcaron una línea proyectual que continuó evolucionando en los trabajos posteriores de este equipo. Los arquitectos más cercanos a Fernando Flórez, como Luis López Fando o Luis Fernández Inglada, continuaron durante un tiempo desarrollando algunos proyectos de monobloque, como el Hospital Valle del Nalón, entre Riaño y Langreo, terminado en 1977, y tomaron para sí un poco más tarde y hasta ahora algunos de los proyectos modulares desarrollados por el Servicio de Salud británico en los últimos años sesenta y en los setenta. A estos nombres deben añadirse los de otros arquitectos independientes del INP pero ligados en buena medida a los proyectos de hospitales, como María Pérez Sheriff o Leopoldo Gil Nebot.



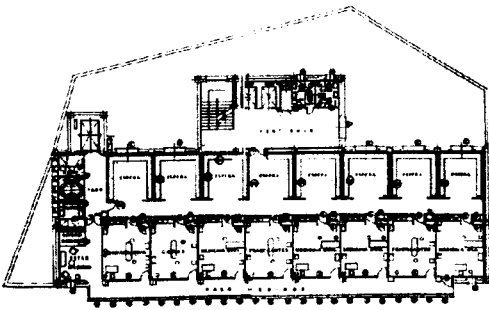
Hospital de Avilés, Asturias.
A. Casares, 1971-73
Planta primera



Izq: planta baja del hospital
de Palencia, de A. Casares
y R. Ruiz-Yébenes;
Dcha: hospital del Valle del
Nalón, de L. López-Fando



Planta primera del
Ambulatorio Hermanos
Larrucea, de León,
de M.J. Marcide, uno
de los primeros del Plan
de Ambulatorios de la
Seguridad Social



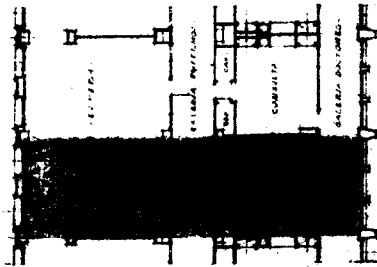
PLANTA PRIMERA

Ambulatorios del INP

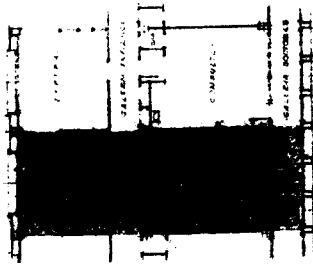
El entramado de ambulatorios del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias merece un capítulo aparte. El concepto moderno de sanidad da por descontado que las instituciones asistenciales no se limitan a una tarea de reparación de daños sino, entre otras muchas cuestiones, a la protección de la salud y al seguimiento del convaleciente hasta su completa recuperación. Los ambulatorios, lugares de trabajo de los médicos de familia, establecieron desde temprano la conexión deseable entre los beneficiarios y los grandes hospitales. De esta forma la previsión social española se aproximó anticipadamente a las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada treinta y tres años después en Alma-Ata, en la antigua Unión Soviética.

En el periodo 1949-1959 pudieron construirse 66 ambulatorios nuevos, cifra que representaba un esfuerzo notable, pero que no cubría las previsiones para el Seguro de Enfermedad. Debía buscarse una solución que permitiese consumir los presupuestos asignados trienalmente para la construcción de los ambulatorios y que tuviera en cuenta otras necesidades surgidas por el crecimiento periférico de las ciudades y el aumento de Beneficiarios traspasados desde la Mutualidad Nacional de Previsión Social Agraria. La Comisión Permanente del Instituto encargó a la Delegación General que constituyera una

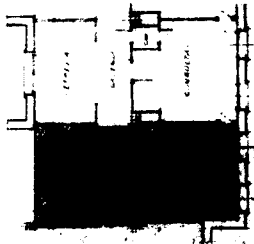
Módulos de consulta
y espera de distintos
ambulatorios construidos
entre 1949 y 1959



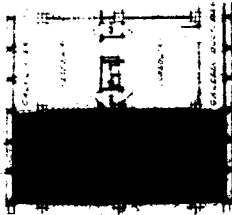
SABADELL



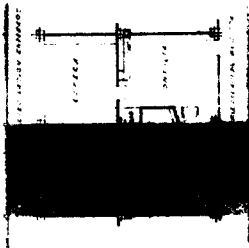
GIJÓN



MODESTO LAFUENTE

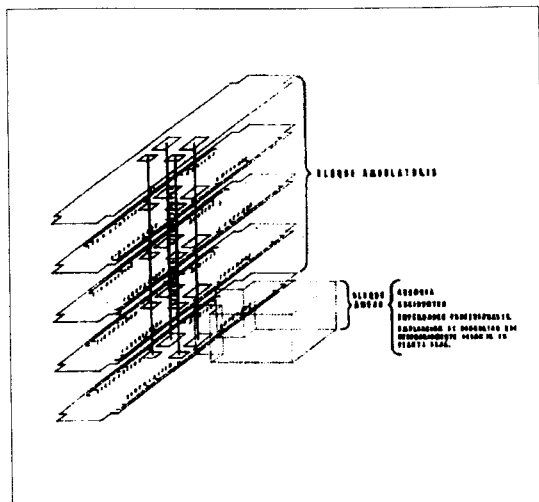


TORRELAVEGA



VILLAVIEJA

Esquema general de circulaciones verticales y horizontales para un ambulatorio del Seguro de enfermedad, de 1960

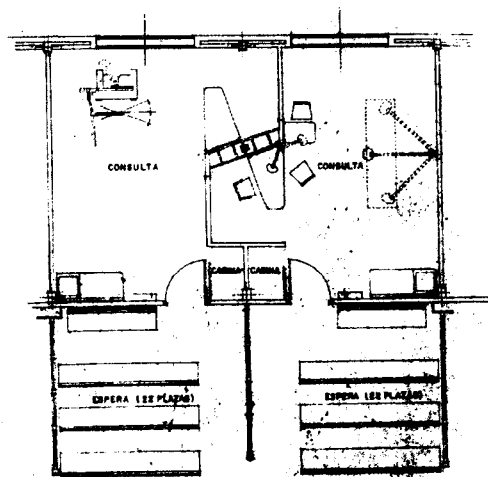


Comisión de Instituciones Sanitarias Óptimas, integrada por médicos, arquitectos y administradores, para el estudio de los Centros sanitarios en general y la elaboración inmediata de unas normas de tipificación y normalización en la construcción de los ambulatorios.

Los trabajos fueron dirigidos por García Mercadal y Marcide, arquitectos de plantilla del INP y miembros de la Comisión. El examen de los ambulatorios realizados puso de manifiesto una diversidad que era preciso corregir para facilitar el trabajo de supervisión y agilizar la misión del Plan de Instalaciones Sanitarias. Se comprobó una variedad alarmante de tamaño, distribución y equipos de las consultas y sus correspondientes zonas de espera, con unas diferencias de superficie de ambulatorio por módulo de consulta-espera desde 19 m² a 202 m². Se observó una desviación en cuanto a precios por m² poco razonable, entre 1.150 y 4.300 pesetas. Diferencias similares podían encontrarse en cuanto al grado de electrificación, los acabados y el mobiliario de los ambulatorios. Todo ello dificultaba el trabajo de supervisión de los proyectos y ocasionaba un retraso importante del Plan de Instalaciones Sanitarias.

El examen se realizó en un momento en que la industria española de la construcción había superado las dificultades derivadas del aislamiento internacional y contaba con una oferta suficiente de productos norma-

Planta tipo de módulo de consulta y espera de 1961



lizados que permitían plantear cierta homogeneidad de construcción. Con esos datos los arquitectos del INP comenzaron a desarrollar un proyecto de las unidades funcionales del ambulatorio tipo, asistenciales, administrativas y auxiliares, sobre una base que tomaba como unidad el módulo combinado de consulta y espera. Con este procedimiento se pretendía satisfacer las necesidades asistenciales en su medida justa, simplificar al máximo las futuras adaptaciones y ampliaciones de los ambulatorios, y flexibilizar el uso de las consultas para cualquier especialidad. El proyecto se desarrolló con carácter de manual completo de instrucciones para la ejecución de los futuros ambulatorios.

En 1961 la Comisión Permanente del INP aprobó el proyecto de módulo de consulta-espera, y a partir de esa fecha los proyectos aparecieron con esa característica de normalización. El año siguiente se completó con la aprobación de los Servicios tipo de Radiodiagnóstico general, de Electroterapia y de Laboratorio, que se incorporaron a los nuevos proyectos. A finales de 1963 se aprobó el Proyecto de Plan de Ambulatorios modulados de la Seguridad Social. Diez años después las medidas de corrección habían surtido efecto: 197 ambulatorios estaban en funcionamiento, 40 en fase de construcción, y 96 más en proyecto. En 1973 la Seguridad Social contaba con 8 Ciudades Sanitarias, 62 Residencias Sanitarias, 197 ambulatorios.

7.- Epílogo. La sanidad en la España democrática

Con la llegada de la democracia, la asistencia sanitaria tomó nuevos enfoques. El 4 de julio de 1977 se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, destinado a reunir funciones sanitarias que permanecían dispersas en el sector público español, dependientes de los tres grandes sectores: Sanidad, Beneficencia y Seguridad Social, o encuadrados en organizaciones diversas como la Cruz Roja, los Ministerios militares o el de Justicia. Poco después se produjeron cambios fundamentales de la sanidad con la aprobación de una nueva Constitución en 1978, cuyo artículo 43 reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y no sólo la tutela del Estado a los trabajadores. Por otra parte la nueva organización territorial descentralizada del Estado, con el establecimiento de las Autonomías, propugnaba que éstas pudieran asumir competencias en materia de Sanidad y de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. En 1979, como consecuencia de la reforma ejecutiva sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, desapareció el INP, sustituido por el INSALUD, el INSERSO y el INSS, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del sistema de Seguridad Social al recién creado Instituto Nacional de la Salud. A partir de 1981 comenzó el traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas, y en la actualidad son siete las que tienen los servicios transferidos. Con los primeros gobiernos democráticos la construcción de hospitales se vio algo ralentizada, aunque en general continuó por inercia la línea de sus antecesores. A partir de 1982 comenzaron los cambios más importantes. La Oficina de Proyectos del Instituto de la Salud, antes del INP, se disolvió, y se acordó una contratación externa de proyectos y dirección técnica.

Con la Ley General de Sanidad del 14 de abril de 1986 se configuró un nuevo modelo de organización, creándose el Sistema Nacional de Salud, y tomó forma el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado. A partir de dicha ley se produjo un nuevo impulso de construcción de hospitales, diseñados ahora

con fórmulas internacionales, y de centros de salud o de atención primaria que debían promocionar la salud desde una posición más cercana a la población. El debate principal de la Ley se había centrado en si los servicios sanitarios tienen que organizarse dentro de la Seguridad Social o al margen. La solución adoptada por la Ley fue la organización de un sistema de sanidad integral, que acordaba el contenido de las prestaciones y concentraba todos los servicios de contenido sanitario en una sola planificación y dirección, de modo que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud formaran el Sistema Nacional de Salud. A pesar del carácter integrado del servicio, cada administración territorial podría mantener la titularidad de sus centros y establecimientos a la entrada en vigor de la presente ley, pero permitiendo su adscripción funcional al servicio de salud de cada Comunidad Autónoma. Una de las combinaciones más complejas de la Ley ha consistido en compatibilizar el propósito de integrar los servicios públicos sanitarios con los mandatos constitucionales de descentralización territorial, porque la integración de los servicios se ha previsto realmente en el nivel territorial de la Comunidad Autónoma, de modo que Sistema Nacional de Salud es un simple agregado de los servicios integrados, organizados y dirigidos bajo la responsabilidad de gestión y dirección de cada Comunidad. La comisión Abril sobre análisis y evaluación del sistema Nacional de Salud propuso una reforma que posibilitaba la separación entre las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión, que ha comenzado a ensayarse por medio de conciertos y otras fórmulas instrumentales entre la administración y las entidades privadas.

Desde 1989 se cumplen las previsiones constitucionales en lo que se refiere a la protección de la salud de todos los ciudadanos; por una parte se produce el cambio en la financiación del gasto sanitario público, que ha pasado a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario, y por otra se extiende la cobertura de la Seguridad Social a las personas no incluidas en ella y sin recursos suficientes.

El proyecto de Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de Noviembre de 1944 se presentó ante las Cortes como un triunfo de la política franquista. Para sus autores, la nueva Ley permitiría alcanzar un objetivo previsto por los profesionales de la materia, pero inalcanzable hasta la fecha por causa de innumerables avatares políticos, que debía haber sido el ajustar la legislación sanitaria a su realidad práctica. Sin embargo, esta nueva ley también conocida como Ley de Sanidad asumió la estructura sanitaria existente y la perpetuó en lugar de modificarla. El nuevo esquema de organización sanitaria seguiría estando conformado en torno una potente Dirección General de Sanidad, tal y como había establecido noventa años antes la primera Ley General de Sanidad¹. Además, también se respetaría el reparto decimonónico de responsabilidades por el que la Administración Pública debía atender los problemas sanitarios generales, pero no los individuales. La Ley de Sanidad de 1944 se estancó de nuevo en el sistema de organización pública del siglo anterior. Es cierto que se asumieron problemas que antes no se habían considerado, pero hasta eso se hizo del mismo modo fragmentario, aceptando una ordenación separada en diversos subsistemas que funcionarían conforme a principios y finalidades independientes y que no admitirían una dirección unitaria ni fórmulas de coordinación. La ley de 1944 puso en manos de la Administración Pública los asuntos de prevención tradicionales y otras nuevas funciones relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., que hicieron nacer otras tantas estructuras públicas y complicaron aún más la coordinación sanitaria.

Con la nueva ley el Consejo Nacional de Sanidad volvió a quedar adscrito al Ministerio de la Gobernación. Por su parte la Escuela Nacional de Sanidad, el Instituto de Hematología y el Hospital de Enfermedades Infecciosas cobraron poder como instituciones sanitarias de la administración central. El primero de estos organismos sustituyó al Instituto Nacional de Sanidad creado durante la dictadura de Primo de Rivera, si bien todo el personal de la institución depuesta pasó a conformar los cargos de la nueva. Los cometidos prioritarios de la ENS eran el control epidemiológico, la enseñanza sanitaria y la investigación científica², y por ello en la nueva ley se decidió dar preferencia a los catedráticos universitarios y a los investigadores científicos u otras personas con un amplio curriculum en publicaciones sanitarias a la hora de designar sus altos cargos y se reconoció el valor de centralizar todo el conjunto de enseñanzas sanitarias. Por ello, escuelas especiales como la de Puericultura e Instrucción Sanitaria pasaron a ser filiales de la ENS.

Por su parte el grave problema de la tuberculosis se encomendó al Patronato Nacional Antituberculoso³ que, aunque sujeto al Ministerio de la Gobernación y fiscalizado por la Dirección General de Sanidad, pudo organizar con notable autonomía su planificación de lucha contra la enfermedad, y ejercer con independencia el control de las autorizaciones para apertura de dispensarios y sanatorios, ya fueran éstos públicos o privados, y de su posterior inspección y fiscalización⁴. La Dirección General de Sanidad quedó a cargo de la Sanidad rural. Prestarían apoyo a los Institutos Provinciales de Sanidad en su lucha contra las epidemias de paludismo,

¹ Ley General de Sanidad de 1855.

² La Ley de 1944 establecía que la investigación científica de la ENS se realizaría de acuerdo con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

³ Véase en este trabajo "Plan de construcciones del PNA, pág. 5-13.

⁴ La Ley de Bases de Sanidad encomendó la lucha antituberculosa al PNA, y estableció como una de sus principales funciones la creación y el sostenimiento de Dispensarios y Sanatorios. Pero la dotación económica del Patronato se constituyó en buena medida con cargo a los presupuestos de las diputaciones provinciales.

tracoma y enfermedades sexuales. Las Diputaciones Provinciales, encargadas de su sostenimiento, hubieron de asumir además, en la medida que permitieron sus escasos presupuestos, los servicios hospitalarios de asistencia quirúrgica, infantil, maternal⁵ y psiquiátrica.

Con la nueva ley de 1944 los cometidos asistenciales de la Administración crecieron y se dispersaron más. Hasta entonces solo se habían atendido las denominadas enfermedades con trascendencia social, como la tuberculosis o las enfermedades mentales, y también se habían aceptado labores de prevención y propaganda. Por ahora las diferentes Administraciones Públicas, como el Estado o las Diputaciones, habían asumido a trozos una parte de la asistencia y cada una de ellas había practicado una política sanitaria autónoma. Pero ninguna había asumido aún la asistencia sanitaria del individuo a no ser que éste fuera pobre de solemnidad o afecto de alguna enfermedad social, pues todavía perduraba la conveniente idea decimonónica de que el propio individuo se bastaba para resolver sus problemas de salud⁶. Solo dos años antes la Ley del Seguro Obrero de Enfermedad había venido a corregir en parte esa situación, aunque solo para algunos de los trabajadores y no para el conjunto de la sociedad. Pero como siempre, al organizar el nuevo seguro se cometió de nuevo el error de establecer nuevas estructuras sanitarias que iban a funcionar al margen de la organización general.

La ley de 1944 repitió los pasos de la ley de 1855 y tuvo consecuencias semejantes: potenciaron otra vez los servicios periféricos de la administración central, que por su parte asumió progresivamente la financiación de la Sanidad rural e invirtió en la mejora de sus infraestructuras básicas. Todavía un siglo después de promulgarse la Ley General de Sanidad, el Estado continuó asumiendo sólo labores de prevención, propaganda y de atención a las enfermedades sociales. Y a pesar de que la nueva ley de 1944 volvió a confirmar como órgano de control máximo a la Dirección General de Sanidad, ésta de nuevo resultó ser incapaz de lograr la coordinación de la asistencia, debido a la política continuada de dispersión. La ley de 1944 era una ley de bases o principios y, por tanto, no contenía casi regulaciones. Tenía como intención reconocer organizaciones y costumbres sanitarias y modernizar las estructuras que iban quedándose anticuadas⁷, pero en la práctica se atuvo a la simple confirmación de una serie de enmiendas hechas a la Ley de Sanidad de 1855, si bien es cierto que tuvo el valor de refundir en un solo texto la sucesión inabarcable de normas que regían la sanidad española⁸.

⁵ Ley de 12 de julio de 1941, consolidada posteriormente, en la Ley de Bases de la Sanidad de 25 de noviembre de 1944, por la que se trasladó como responsabilidad de las diputaciones provinciales.

⁶ Del borrador de anteproyecto de la Ley General de Sanidad; *Legislación Sanitaria*, pág. 289.

⁷ De la introducción de Ley sobre Bases de la Sanidad de 25 de noviembre de 1944.

⁸ Véase Santiago Muñoz Machado. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

Pero el factor de renovación sanitaria más influyente de la posguerra española fue la Ley del Seguro Obrero de Enfermedad. Poco antes de establecerse, la asistencia de medicina interna solo se prestaba en viejos hospitales u otros centros de la Beneficencia Pública, o bien en costosas clínicas privadas o en las propias viviendas de los enfermos que pudieran contratar los servicios de un médico. Las enfermedades quirúrgicas requerían el internamiento en una u otra clase de establecimientos, pero una buena parte de las denominadas clases productoras no tenía derecho de asistencia sanitaria en instalaciones de la Beneficencia, solo previstos para los pobres, ni podía costearse su ingreso en un centro privado. Las únicas ayudas con las que podía contar ante una enfermedad eran las dispensadas por la acción mutualista o el seguro mercantil, y estos organismos no se encargaban de proporcionar asistencia sanitaria sino de garantizar unos jornales que, en todo caso, resultaban insuficientes para cubrir los gastos de enfermedad⁹.

Durante la segunda guerra mundial la mayoría de países estaban comenzando a instaurar diversas formas de seguridad social. Por reciente que parezca, estaba siendo entonces cuando se implantaba la Seguridad Social en Francia¹⁰ y cuando se promulgaba la National Health Act británica, cuando la nueva Constitución italiana reconocía el derecho a la salud de sus ciudadanos¹¹ y el gobierno norteamericano promulgaba la Ley Hill-Burton¹², y también era entonces cuando la cobertura de la salud de la población comenzaba en alguno de esos países desarrollados a organizarse de forma coordinada sobre una base de estructuras territoriales y no en función de las posibilidades económicas de cada región¹³. Y España, con su seguro de enfermedad en estudio y con la enemistad que estaba logrando debido a su posición neutral en la guerra, quiso conocer los diversos enfoques internacionales en materia sanitaria, tan dispares a veces como el británico y el estadounidense.

Gran Bretaña estaba alumbrando las bases de asistencia social que imperan en la actualidad o que al menos tratan de alcanzarse: el Estado de bienestar. La idea había comenzado a dibujarse en 1941, cuando el gobierno británico destacó a un grupo de expertos para que elaborasen por la vía urgente una ponencia sobre reorganización del conjunto de seguros sociales. William Henry Beveridge, el maduro profesor de ciencias políticas y económicas que presidía aquella comisión, demostró puntualidad británica¹⁴ al presentar un año después conclusiones en el informe *Seguro Social y servicios asociados*. Pero, no contento con los resultados, decidió dedicar tres años más a un segundo informe que publicó por propia iniciativa, *Libre empleo en una sociedad libre*, en el que sentó las bases del Estado de bienestar. Beveridge aunó las dos tradiciones europeas en materia de protección social: la nórdica y de su propio país, que asumía la doble necesidad de no abandonar a su suerte al sector más pobre de la población, a la que debe brindarse ayuda económica para subsistir y asistencia sanitaria gratuita, y la germánica de seguros sociales, creados por Bismarck para garantizar a los trabajadores la percepción de unas rentas de sustitución en caso de determinadas

⁹ Véase "La asistencia sanitaria en los centros del Plan Nacional de instalaciones sanitarias del Seguro de Enfermedad" en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: INP, publicación n°896. 1953.

¹⁰ Véase Fermand Catherine. *Les hôpitaux et les cliniques. Architectures de la santé*. Paris: Éditions Le Moniteur, 1999; pág 30.

¹¹ Véase Tripodi, Franco. "La política sanitaria en Italia", en *Historia de los Hospitales*; pág 749-760.

¹² Véase Verderber, Stephen; Fine, David J. *Healthcare Architecture in an era of Radical Transformation*. New Haven and London: Yale University Press, 2000, pág. 22-26.

¹³ Véase James, W. Paul; Tatton-Brown, William. *Hospitals: design and development*. London: Architectural Press, 1986.

¹⁴ Beveridge demostró puntualidad británica, aunque era natural de Rangpur, India.

contingencias¹⁵. La asunción de estas dos ideas en un sistema integral de protección o seguridad social, es el Estado de bienestar.

Estados Unidos desarrollaba una política sanitaria completamente opuesta a la británica. Aún hoy, carece de fórmulas colectivas frente a la enfermedad. La situación norteamericana viene de antiguo y está causada por las relaciones que se establecieron en ese país entre médicos, enfermos y hospitales. Ya en los albores del siglo veinte, cuando los progresos médicos generaron suficiente confianza y comenzaron a atraer hacia los hospitales a clientes de pago, la autoridad de los hospitales cambió. Antes los fines del hospital habían sido caritativos, pero ahora comenzó a tratarse de un negocio, y los administradores y médicos de los hospitales hubieron de obtener buenos resultados para conservar el puesto. Como sucede ahora, en los años cuarenta los médicos norteamericanos funcionaban ya de manera distinta a la de sus colegas europeos. Ellos mismos captaban clientes para los hospitales, y mantenían por ello variadas fórmulas de contrato. Como sucede ahora también, la poderosa American Medical Association se oponía a la colectivización de la asistencia médica. Pero eso no significa que la Administración norteamericana se desentendiese por completo del asunto, pues durante la posguerra se invirtieron cantidades razonables de dinero en el fomento de prestaciones sanitarias. La mayor parte de ese dinero se dedicó a financiar la construcción de hospitales y a invertir en investigación médica, pero no de acuerdo con un plan predeterminado sino como ayuda, en ocasiones *a fondo perdido*, a particulares u organizaciones que reunieran determinadas condiciones y desearan promover la salud¹⁶.

La previsión social en la España de posguerra estaba todavía en paños menores¹⁷, y la penuria económica del país no permitía soñar con los estados de bienestar británicos¹⁸ ni con los sistemas de seguros privados norteamericanos. Lo razonable en esa situación era tratar de completar en breve el proceso de aseguramiento que se había iniciado en 1900 con la instauración de la Ley Dato, pero que todavía no había dado otro paso. Nada más terminar la guerra se había instaurado el Seguro de Vejez, y todavía faltaba establecer los de enfermedad, invalidez y paro para completar un esquema de previsión pensado para el siglo anterior.

El primero en llegar fue el Seguro Obligatorio de Enfermedad, en 1942¹⁹. El nuevo seguro se organizó para dar cobertura a trabajadores por cuenta ajena y con rentas bajas²⁰. Proporcionaría asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad e indemnizaciones económicas por la consiguiente pérdida de salarios y, en su caso, para sufragar los gastos funerarios. Era un seguro obligatorio para todos los denominados productores con escasos recursos que no fueran funcionarios públicos o perteneciesen a corporaciones con seguros de asistencia sanitaria y económica iguales o superiores²¹. Prestaría asistencia farmacéutica y médica completas, tanto en medicina general como especializada, aunque hasta un límite de veintiséis

¹⁵ Véase Alarcón Caracul, Manuel Ramón. *La Seguridad Social en España*. Madrid: Aranzadi Editorial, 1999, pág. 21-44.

¹⁶ En 1946 se aprobó la Hospital Survey and Construction Act, conocida como Ley Hill-Burton. Esta ley asignó un porcentaje del presupuesto nacional para la construcción de hospitales. Se carecía de un plan de asignación previo, y cualquier organismo gubernamental o particular que reuniese ciertas condiciones y deseara promover la construcción de un hospital recibía a fondo perdido un 30% del capital necesario. La *Veterans Administration* fue de los más favorecidos durante la posguerra. Con sus 90 hospitales, casi todos rurales y levantados en plena guerra, esta asociación había llegado a tener la red más importante del país. Ahora trataba de instalarse en áreas urbanas y obtuvo importantes subvenciones, a cambio de establecer conciertos con las Facultades de Medicina que estaban implantando el sistema de residencia para formar a sus estudiantes en las diversas especialidades. Durante los años cincuenta se comenzaría a fomentar la construcción de centros de asistencia primaria y el desarrollo de fórmulas ambulatorias a fin de reducir costes sanitarios. A mitad de los sesenta se establecerían los programas de asistencia médica para ancianos y pobres, respectivamente Medicare y Medicaid, como parte de una campaña de lucha contra la pobreza.

¹⁷ Faltaba instaurar los seguros de Vejez, Invalidez, Enfermedad y Paro.

¹⁸ Bastante después, ya a partir de 1963, se inició en España la sustitución del conjunto de seguros sociales por un sistema de Seguridad Social. Véase en este trabajo el capítulo...

¹⁹ Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se estableció en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Artículo 1.

²⁰ El sueldo debía ser menor de 9.000 pesetas mensuales.

²¹ Ley de 14 de diciembre de 1942. Capítulo II.

semanas por año para los asegurados y trece para otros beneficiarios. En lo relativo a hospitalización se fijó un límite máximo de doce semanas al año para los asegurados y seis para otros beneficiarios. A las beneficiarias se les concedía además el derecho a la asistencia facultativa en periodos de gestación, puerperio y parto.

La financiación del seguro obrero se nutriría fundamentalmente de las primas abonadas por trabajadores y empresarios y de las rentas de sus propios bienes, aunque también de algunas subvenciones, donativos y legados e incluso de algunas aportaciones estatales. Su organización quedó a cargo del Instituto Nacional de Previsión, que ejercería como entidad aseguradora única. El seguro debía organizarse con arreglo a un Plan de Instalaciones y a unas normas generales de funcionamiento que elaboraría una comisión de enlace²². En este grupo trabajo estarían representados la Dirección General de Sanidad, la Delegación Nacional de Sindicatos de F.E.T. y de las J.O.N.S. y el Instituto Nacional de Previsión. La presidencia de la Comisión fue ocupada por el Director General de Previsión, por delegación del Subsecretario de Trabajo.

La Ley del Seguro Obrero de Enfermedad fue conocida popularmente como Ley Girón, en honor de su promotor el joven falangista y ministro de trabajo José Antonio Girón de Velasco²³. Por su parte, los médicos del Seguro le buscaron un apelativo socarrón, ley soez, en honor a su accidentado arranque, debido fundamentalmente a los problemas que originó el no contar con hospitales propios y tener que utilizar las instalaciones y los equipamientos de otros que no reunían condiciones deseables. Durante sus primeros años el Seguro utilizó mediante conciertos los hospitales de diversas asociaciones particulares y de corporaciones locales o religiosas con recursos muy anticuados. Por ello, sus resultados no eran mucho mejores que los de la beneficencia. Aún así, ahora los trabajadores tenían acceso a los hospitales, lo cual ya suponía una notable mejora de sus condiciones, y esto no era más que el comienzo.

Con las cuotas de sus ocho millones de asegurados iniciales, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad se estaba confirmando como una de las primeras instituciones del Estado en cuanto a presupuestos. Y cada vez se veía más claro que las instalaciones existentes en el país, con las que se habían establecido conciertos, eran insuficientes e incapaces de prestar los cuidados contratados por sus asegurados y que se imponía formar una red propia de hospitales y dispensarios. A finales de 1944, la Comisión de Enlace encargada de elaborar el Plan de Instalaciones del Seguro²⁴ tenía en la mesa los estudios correspondientes de un plan general de asistencia médica y medicina preventiva y de otro para maternología y puericultura. Los trabajos habían sido elaborados respectivamente por el consejero del INP Primitivo de la Quintana²⁵ y por el inspector médico del seguro de maternidad de Barcelona Joaquín Espinosa²⁶, y fueron aprobados a comienzos de 1945.

²² Ibidem. Artículo 28

²³ José Antonio Girón (1911-1995) fue Ministro de Trabajo desde mayo de 1942 hasta febrero de 1957. Nada más llegar impulsó el seguro Obrero de Enfermedad.

²⁴ La Comisión de Enlace se nombró por Orden de 15 de Marzo de 1943.

²⁵ Quintana fue también Director de la Escuela Nacional de Sanidad entre 1970 y 1977.

²⁶ Véase Quintana, Primitivo; Espinosa, Joaquín. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan general de instalaciones de asistencia médica*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, 1944.

PLAN GENERAL DE ASISTENCIA MÉDICA

Estudio de un Plan general de instalaciones de asistencia médica en el Seguro de Enfermedad

El Plan de Instalaciones contemplaba tres procedimientos de asistencia: la domiciliaria, prestada por los médicos de familia como una parte de sus funciones, la ambulatoria, dispensada en dispensarios o policlínicas, y la hospitalaria, dispensada en régimen cerrado en sanatorios, casas de cura o casas de convalecientes. El proyecto se desarrollaría en diez años y cubriría las necesidades asistenciales hasta 1960. Hacía falta determinar el número de centros asistenciales, equipamientos, médicos y demás personal imprescindible para ponerlo en marcha, pero en España no se contaba con las estadísticas necesarias para realizar los cálculos y hubieron de tomarse de partida las de otros países²⁷. Ese no era un problema demasiado importante, pues las cifras obtenidas serían suficientemente fiables como para comenzar un Plan que duraría diez años. Posteriormente, a medida que el INP fuera elaborando sus propias estadísticas, habría tiempo de ajustar el Plan a las necesidades reales. El cálculo inicial arrojó los siguientes datos: en 1960 el Seguro prestaría asistencia a dieciocho millones de personas, un 60% de la población²⁸; el resto estaría asistido por la beneficencia (12%) o contrataría libremente un seguro privado (28%).

El programa de construcción de hospitales, o instalaciones cerradas de tipo nosocomial según la denominación utilizada en el informe, contemplaba cubrir los mínimos imprescindibles, y era necesario conocer las prestaciones que ofrecían otras instituciones del Estado para evitar duplicidades²⁹. Según los primeros cálculos, una vez realizados los descuentos correspondientes, el Seguro podría funcionar a pleno rendimiento con 47.000 camas - 2,8 camas por cada mil beneficiarios³⁰. Esa era una cifra muy baja en comparación con la de otros sistemas de salud contemporáneos cuyas estimaciones rondaban el 7%³¹. Si se hubiera utilizado este índice ideal en los cálculos se habría obtenido la cifra impensable de 116.802 camas, pero otra serie de consideraciones permitieron reducir todavía más las necesidades, que se fijaron en 34.000 camas³².

La mayor parte de estas 34.000 camas se instalarían en hospitales de agudos, aunque también se asignaron algunas camas a psiquiatría, maternología y puericultura, tuber-

²⁷ Quintana basó sus cálculos principalmente en los datos de un informe denominado Collins que resumía las investigaciones del Comité Americano para el Estudio del Costo de la Asistencia Médica. El informe se había efectuado vigilando durante doce meses consecutivos a 8.758 familias de raza blanca pertenecientes a 130 localidades de 18 Estados norteamericanos. Op cit., pág. 14.

²⁸ El censo de España de 1940 era 26.222.423, y la población previsible para 1960, 30.000.000. Se estimó que durante el transcurso de esas dos décadas el porcentaje de beneficiarios ascendería del 30% al 60% de la población, es decir, que el Seguro cubriría a 18.000.000 de beneficiarios. De ese número habría de descontarse el 7,3%, correspondiente a los niños menores de 3 años, de los que se ocuparía el ponente Espinosa en su Plan de Asistencia Materno infantil. El Plan debía programarse, entonces, para la masa de población restante, 16.686.000, ordenada con arreglo a una célula familiar que en 1960 estaría constituida por 4 personas.

²⁹ En los primeros cálculos del informe Quintana se descontó el número de camas para beneficiarios mayores de sesenta y cinco años, enfermos infecciosos y casos materno-infantiles ya cubiertas por otras instituciones estatales. Se tuvo además en cuenta el tiempo máximo de estancia en hospital otorgado por el Seguro.

³⁰ Era necesario instalar 280 camas por cada 100.000 beneficiarios. 50 serían para cirugía, 80 para infecciosos y las 150 restantes para medicina general, especialidades y enfermedades crónicas y mentales. Pero era necesario introducir además el coeficiente de reducción derivado de la limitación de tiempo de estancia fijada por el seguro.

³¹ El propio Quintana señalaba el índice europeo, de 7%.

³² El Patronato Nacional antituberculoso tenía en marcha su propio plan de construcciones que contemplaba la instalación de 18.000 camas, lo que permitió descontar 7.000 camas de las 47.000 calculadas inicialmente. Por otra parte podrían descontarse camas existentes en otras instituciones capaces de prestar sus servicios al seguro mediante conciertos. El informe no entraba en detalles, pero consideró que un 20% de las 66.000 camas de hospitales públicos o fundaciones benéficas registradas en el Catastro de 1936 serían capaces de ofrecer servicios. De esa forma se fijó la necesidad de construir 34.000 nuevas camas.

culosis y enfermedades crónicas, pero se instalarían en establecimientos *ex profeso*. El informe contemplaba la construcción de 148 hospitales de agudos, 3 de 1.000 camas, 45 de 300 camas y 100 hospitales de 50 camas. Se construirían además 3 grandes instituciones psiquiátricas de 750 camas y 10 de 250 camas. Por último, se destinarían 3.600 camas a instalar en casas de convalecientes, y 4.150 camas para infecciosos no concertados y otros.

El informe se ocupaba con especial interés de los hospitales de agudos. Los tres grandes hospitales, de referencia nacional, se situarían en tres grandes ciudades elegidas estratégicamente y estarían altamente cualificados en todas las especialidades médicas, pero además serían los centros de investigación y docencia en los que se formaría al personal clínico del Seguro. Los hospitales medianos se instalarían a razón de uno por provincia y contendrían todas las especialidades médicas excepto las enumeradas anteriormente. Por último, las pequeñas clínicas se distribuirían en áreas rurales con suficiente población pero demasiado apartadas de los hospitales instalados en las capitales de provincia, y adoptarían cierto carácter polivalente³³.

³³ El estudio aconsejaba instalar estos hospitales rurales en la población más numerosa del área de referencia, preferiblemente en pueblos con más de 20.000 habitantes, o, al menos, en encrucijadas importantes. Los hospitales rurales contendrían también una zona dedicada a dispensario, siempre que el área de referencia abarcara una población mínima de 100.000 habitantes.

En cuanto al tipo de construcción, Quintana presentó dos propuestas, “la vertical, como los hospitales norteamericanos modelo Monoblock, o el Hospital *Beaujon*, de París, u horizontales, como la mayor parte de los Hospitales europeos, y, dentro de éstos, la construcción en pabellones, de los que el más moderno que conocemos, y que puede representar el tipo de esta clase, es el Hospital Mayor de Milán. Para las grandes unidades puede ser discutido el tipo, si bien hoy se abre paso la idea de los Monoblock. Para los de las otras categorías, solamente éste es admisible”.

El Nuevo Hospital Mayor de Milán³⁴ señalado por Quintana formaba parte de la selección de hospitales realizada por Bruno Moretti en 1935 para el libro *Ospedali*, un famoso texto que, a pesar de la antigüedad de su publicación, dio mucho juego a lo largo de todo el Plan de Instalaciones Sanitarias español, como se verá. El hospital milanés había sido proyectado en 1930 por el ingeniero Giulio Marcovigi, que en ese momento era el especialista italiano para los programas hospitalarios complejos. Su Hospital Civil de Como, de 1928, una construcción de 580 camas trazada en los últimos años veinte sobre el esquema contemporáneo de pabellones y con un lenguaje formal aún ecléctico, le había granjeado un cierto reconocimiento que se tradujo en los encargos del Hospital Civil de Bérgamo, con 1.000 camas, y del Instituto *Pizzardi*, de Bolonia, con 400 camas, que entraron en servicio en 1930. Los dos se proyectaron con los mismos presupuestos estilísticos y tipológicos de Como, que también iban a adoptarse ese mismo año en el proyecto del Nuevo Hospital Mayor de Milán, y que Marcovigi mantendría hasta que en 1935 recibió el encargo del Hospital “*degli enfermi Biella*”. Este edificio menor³⁵ le permitió reconsiderar cuestiones al margen de la propia función hospitalaria, y lo proyectó con un esquema lineal y un vocabulario racionalista.

A su tiempo, el nuevo hospital de Milán, con sus 1.500 camas, sustituyó nada menos que al edificio renacentista y palaciego trazado por Filarete quinientos años antes y que había sido el modelo de referencia para la construcción de hospitales hasta el auge de la medicina científica. Como su antecesor, el nuevo hospital se situó en las afueras de la ciudad, por una cuestión de economía de terreno y también porque en los años treinta los hospitales todavía se consideraban focos de emisión de efluvios mortíferos, temor que perduraría durante las etapas de construcción del Plan de Instalaciones español. En el nuevo proyecto milanés Marcovigi utilizó un esquema actualizado de pabellones, habitual en la construcción de grandes hospitales europeos como ciudades hospitalarias en los primeros treinta. La idea de asimilar el conjunto institucional a una ciudad no era exclusiva de los hospitales; con la misma idea se llevaron a cabo ciudades universitarias y algunas ciudades de vacaciones contemporáneas³⁶. Con tal planteamiento, el hospital milanés se organizó como un conjunto de institutos especializados autónomos pero intercomunicados a través de una galería y dependientes de unos servicios generales -lavandería, central térmica, etc.- instalados en edificaciones separadas, a excepción del pabellón de aislamiento. Aunque la organización general y solución formal del conjunto milanés pueden considerarse decimonónicas, el planteamiento funcional de cada edificio clínico por separado corresponde al de los hospitales monobloques contemporáneos ya descritos que tenían su cara soleada ocupada por las habitaciones, la opuesta, por los servicios de apoyo, y los grupos de ascensores principales y el área clínica cen-

³⁴ Véase Moretti, Bruno. *Ospedali*. Milano: Ulrico Hoepli, 1935.

³⁵ El Hospital “*degli enfermi Biella*” se proyectó para 280 camas.

³⁶ Durante la dictadura de Benito Mussolini la familia Agnelli construyó algunas colonias de vacaciones para sus empleados de la Fiat. Entre ellas puede señalarse la ciudad de vacaciones de Col de Sestrières, en los Alpes piemonteses, de Vitorio Bonadè Bottino.

trados en planta, como una esclusa que comunica entre sí los cinco o seis pisos y a la vez separa hombres de mujeres, según una costumbre menos divertida pero más aceptada socialmente.

Junto con su propuesta tipológica, Quintana presentó una relación de costes de construcción de algunos hospitales previos a la guerra, que servirían para aproximar los presupuestos del Plan de Instalaciones³⁷. En la selección, casi toda incluida en el famoso texto de Moretti, aparecían magníficos ejemplos de hospital y también de arquitectura de autor, como el Sanatorio *Roc des Fiz* en Passy, de Abraham y Le Mème, el Preventorio de Liancourt, de Favier, Thiers y Bardin, el Asilo para la Maternidad y la Infancia y el Hospital *Lory*, ambos en Berna y proyectados por Otto R. Salvisberg, la Clínica pediátrica de la *Cruz Roja* en Berlín, de Otto Barning, o los hospitales de Weiblingen y Maulbron, de Richard Doecker. Junto a ellos aparecían dos hospitales españoles, la Casa de Salud de Valdecilla³⁸ y el polémico e inconcluso Nuevo Hospital Provincial de San Sebastián³⁹, que pronto habría de cambiar su nombre por el de Sanatorio de Amara y de dueño, con su traspaso de la Diputación Provincial al Patronato Nacional Antituberculoso⁴⁰.

Las cifras y tipos sanitarios aportados por el ponente Quintana eran muy heterogéneos, como puede apreciarse en los ejemplos citados, pero también lo eran los tres tipos de hospital y el resto de instituciones que pretendían construirse para atender a los beneficiarios del Seguro. Trataban de aproximarse a un primer precio para cada tipo de establecimiento y adelantar un presupuesto que pudiera ajustarse a las aportaciones de asegurados y demás contribuyentes a lo largo del Plan. Una vez hechas las cuentas, el coste previsto para poner en marcha las 34.000 camas del Plan general de asistencia médica, con todas sus instalaciones y equipos, ascendía a unos 840 millones de pesetas⁴¹. En la propuesta de Quintana el Plan habría de llevarse a cabo en diez años, con un presupuesto anual de 84 millones de pesetas, aunque podría ampliarse de variar los cálculos de 1944 que cubrían las expectativas de crecimiento hasta 1960. A ese presupuesto habría de añadirse el derivado de los gastos de mantenimiento⁴², que se valoró en 25 millones de pesetas por año⁴³.

³⁷ Se comparaban los costes de construcción de treinta y siete edificios sanitarios. Entre ellos había ejemplos de casas de cuna, de asilos, de sanatorios antituberculosos y de hospitales de agudos grandes y pequeños, por lo que las cifras bailaban dentro de unos márgenes demasiado amplios. Los costes se daban en pts/m³ y en pts/cama. Aún así, se revela una diferencia de precio sustancial entre los hospitales extranjeros y los españoles. El precio medio por metro cúbico en España era de cincuenta pesetas, mientras que en Suiza, Alemania, Holanda o Suecia se movía cifras que doblaban a la española, entre 95 y 126 pesetas. Los costes por cama de cerca de cuarenta hospitales internacionales construidos en los últimos 15 años y cifrados en el informe también son reveladores. Por ejemplo, el coste del Nuevo Hospital de San Sebastián, que no llegó a terminarse, se estimó en doce mil pesetas por cama, y el de la Casa de Salud de Valdecilla, en el doble. Para el Preventorio de Liancourt, en cambio, se estimaron en treinta y tres mil francos, y para el Hospital Beaujon, en el doble. El coste por cama era de tres mil marcos en la Clínica pediátrica de la Cruz Roja en Berlín, y para el Hospital de Weiblingen, cinco veces esa cantidad. En el Asilo para la maternidad y la infancia de Berna, de cinco mil francos suizos, y en el Hospital de Lory en Berna, el cuádruple. Tres mil quinientos dólares en el Hospital Harbowiew de Seattle, y cinco mil en el Hospital of the Good Samaritan.

³⁸ Véase Sánchez Arcas, Manuel. *Memoria del anteproyecto de un hospital en San Sebastián, arquitectos: Lagarde, Labayen, Aizpurúa*. Madrid: Gráficas Faure 1933.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ El coste de construcción se fijó en treinta y cinco mil pesetas por cama para los grandes hospitales, en veinticinco mil para los medianos y en veinte mil para las clínicas. Con esos costes y los asignados a los otros tipos de instituciones que deberían llevarse a cabo, Quintana calculó un presupuesto total de ejecución del Plan, que ascendía a 839 millones de pesetas. Su detalle era el siguiente: tres hospitales de mil camas, 105 millones de pesetas. Cuarenta y cinco hospitales de trescientas camas, 337 millones y medio. Cien clínicas de cincuenta camas, 100 millones. Diez establecimientos psiquiátricos de doscientas cincuenta camas, 63 millones. Tres grandes psiquiátricos de setecientas cincuenta camas, 79 millones de pesetas. Tres mil seiscientas camas para convalecientes, 72 millones de pesetas. Y cuatro mil ciento cincuenta camas para otros pacientes, 83 millones de pesetas.

⁴² Los gastos de mantenimiento del Plan, se estimaron entre 15 y 25 ptas. diarias por cama; en total, 25 millones de pesetas. Los gastos se detallaban sobre partidas relacionadas con los diferentes servicios de cada tipo de establecimiento del Seguro. Para cada tipo de instalación sanitaria se definía un número de unidades clínicas y el personal de éstas, el de laboratorio y el de instituciones psiquiátricas, y sus respectivos sueldos.

⁴³ Véase Quintana, Primitivo de la. *Seguro de Enfermedad. Estudio para un Plan general de asistencia médica*. Madrid: Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, nº 580, 1944.

Una vez propuesta la asistencia hospitalaria, el autor del informe se ocupaba de la ambulatoria, que se habría de dispensar en las llamadas *instalaciones abiertas* del Seguro. Alrededor de un 50% de la morbilidad por todas las causas de enfermedad se trataría en los dispensarios o policlínicas, con un promedio de 566,6 asistencias diarias por cada cien mil beneficiarios, que habrían de distribuirse entre médicos de familia y especialistas. El acceso a las prestaciones del Seguro se desarrollaba mediante un sistema de controles entre los que el médico de familia ocupaba la primera posición. Se estimaba que un 70% de las citas de pacientes no traspasaría este filtro. El resto se atendería en alguna de las diez especialidades comprendidas en la asistencia ambulatoria⁴⁴. La accesibilidad de los dispensarios era una condición imprescindible para el buen funcionamiento del Seguro. Sería mejor construir *más y próximos que menos y más grandes*. Con esa idea Quintana propuso un programa básico de dispensario o policlínica con capacidad para atender a cincuenta mil beneficiarios de ciudad o a cien mil del medio rural⁴⁵, de los que habrían de instalarse 96 en ciudad y 112 en centros rurales, y que supondrían un coste total de 237 millones de pesetas.

Las prestaciones obligatorias del Plan de asistencia médica se completaban con la asistencia domiciliaria, que representaba cerca del 40% de la totalidad, prestada por médicos generales, a razón de uno por cada quinientas familias. Sin embargo, Quintana entendía que esa oferta asistencial obligatoria debía complementarse con una serie de actuaciones en los terrenos de la medicina preventiva y la higiene social. La custodia de la salud social era competencia del Estado y no del Seguro, pero las eventuales negligencias de la Administración Central en la materia ocasionarían sobrecostes para el Seguro, y por ello proponía establecer vínculos entre el Seguro y los organismos responsables de la lucha contra las diferentes enfermedades sociales⁴⁶.

El Plan General de Asistencia Médica elaborado por Quintana se convirtió poco después y tras algunos recortes en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad. Sus previsiones sobre la evolución de la asistencia médica en España se demostraron certeras en poco tiempo, y el Plan se desarrolló bastante conforme a las indicaciones del ponente de la Comisión de enlace, si bien se desestimó acometer las instalaciones para enfermos psiquiátricos y crónicos. Los arquitectos españoles seguirían también las indicaciones de Quintana en cuanto al tipo de edificio adecuado a la asistencia médica del Seguro y proyectarían sus edificios con el modelo monobloque de los hospitales norteamericanos y del Hospital *Beaujon* de París. Y unos años más tarde acudirían también a informarse sobre el tipo del gran hospital milanés para proyectar las ciudades sanitarias de los años sesenta y setenta.

⁴⁴ De las 566 citas diarias por cada 100.000 habitantes, el médico de familia asistiría a 396, y el especialista, a 170. La primera cifra se distribuiría entre 50 médicos, a quinientas familias cada uno, y la segunda se repartiría entre 10 especialistas en cirugía general, oftalmología, otorrinolaringología, aparato digestivo, circulatorio, urología, nutrición, dermatología, odontología y radiología. En consecuencia, cada médico de familia atendería 7 enfermos diarios mientras que los especialistas, a diecisiete, por lo cual, adjudicando doce minutos por enfermo, los primeros tendrían una hora y media de trabajo diario y los segundos, tres y media. Estos cálculos debían encuadrarse en unos locales que estarían abiertos al público 10 horas diarias, por lo que cada consulta daría cabida a 6 médicos de asistencia familiar (8 salas por cada 100.000 habitantes), o a 3 especialistas (10 salas por cada 100.000 habitantes).

⁴⁵ Cada dispensario urbano comprendería un laboratorio, una sala de recepción central, 4 salas de consulta para los médicos de familia y 10 para los especialistas, todas ellas con sala de espera independiente o, bien, agrupadas convenientemente, además de las áreas de administración, archivo general, almacenes, etc. Las consultas estarían divididas en tres compartimentos: el de recepción y fichero destinados a enfermera, el de exploración, y el despacho del médico. Quintana hacía una traducción de ese programa a metros cuadrados y coste: en las ciudades cada dispensario o policlínica tendría unas 50 habitaciones de unos 25 m², y un coste aproximado de 1.000.000 ptas., más unas 300.000 ptas. de instalación. Los dispensarios rurales se situarían en los núcleos de población más importantes y mejor comunicados. Su capacidad sería análoga a los de ciudad, aunque se prestaría asistencia al doble de población; además, incluirían servicios especiales, de lucha contra las diversas enfermedades sociales, siempre que el Estado no los hubiera establecido. Su coste sería de un millón, incluida la instalación.

⁴⁶ Para Quintana, el Seguro debería implicarse en las luchas antituberculosa, antivenérea, antitracomatosa, antipalúdica, antirreumática y en las enfermedades circulatorias o infecciosas, y también contra el cáncer, que ya ocupaba el segundo puesto en el índice de mortalidad.

El estudio sobre necesidades relativas a Puericultura y Maternología hubo de cerrarse apresuradamente debido al fallecimiento de Joaquín Espinosa⁴⁷, y fue mucho más escueto que el anterior. Se estructuraba también sobre los tres tipos de asistencia: domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria. En lo referente a puericultura el informe no señalaba más que lugares comunes para ese momento, pero que el tiempo se encargaría de remover. Lo previsto era que la asistencia domiciliaria se utilizaría en aquellos casos en que la madre o el hijo no pudieran ser atendidos en el dispensario, la ambulatoria siempre que fuera posible, y la hospitalaria solo cuando no quedase otro remedio que el internamiento. Sin dar mayor información sobre el asunto se indicaba también la necesidad de construir una serie de clínicas infantiles⁴⁸. En lo relativo a necesidades de maternología, calculadas con un índice anual de natalidad del 2%, se proponía continuar con la tradición del parto en casa, tan económico como arraigado en la sociedad de 1940. Espinosa consideraba necesaria la hospitalización maternal únicamente en los partos anormales, que rondaban el 7% de la totalidad. Unos y otros partos serían atendidos por los tocólogos del Seguro, un médico por cada 500 partos. El informe aludía a la necesidad de construir maternidades o instalar camas, según tres categorías establecidas en función del número de habitantes que pudiesen asistir. Para las áreas con posibilidad de asistir a más de cuatrocientos mil habitantes se construirían pequeñas maternidades, con capacidad máxima de cien camas, a razón de una cama por cada diez mil habitantes. En el resto del país las camas ocuparían una proporción similar dentro de los hospitales construidos para la asistencia médica⁴⁹.

El Plan de asistencia a la maternidad y la infancia no dio lugar a un plan de construcciones hasta veinte años después, una vez aprobada la Ley de bases de la Seguridad Social, cuando el Instituto Nacional de Previsión comenzó a instalar grandes maternidades y hospitales infantiles junto a sus hospitales de agudos. Mientras tanto las beneficiarias dieron a luz en los hospitales de agudos del Seguro Obrero. A mitad de camino entre el informe de Espinosa y la Ley de bases, en 1951, se dispuso que todos los fondos del recién extinguido Seguro de Maternidad se destinasen al fondo para amortización del Plan de Instalaciones Sanitarias. Por entonces la evolución de la asistencia maternal comenzaba a distanciarse de las predicciones de Espinosa sobre el carácter excepcional del parto en instituciones cerradas, y casi un 12% de los partos atendidos por el Seguro se asistían en sus hospitales⁵⁰.

⁴⁷ Joaquín Espinosa murió el 3 de febrero de 1944 a consecuencia de un accidente aéreo ocurrido a la vuelta de un viaje desde Madrid, donde había asistido a una reunión de la Comisión de enlace, a Barcelona, donde ejercía como inspector médico de la Obra Maternal e Infantil y director de la Clínica que esta Institución tenía allí.

⁴⁸ En el informe de Espinosa se indicaba la necesidad genérica, pero no se especificaba el número ni el tamaño ni el programa de necesidades de las clínicas pediátricas.

⁴⁹ Las clínicas de primera categoría (60-100 camas) y las de segunda (40-60 camas) se instalarían en las principales ciudades del país, en edificios independientes que incluirían un servicio de laboratorio y RX propio. Las de tercera categoría, propuestas para centros comarcales, se incluirían como programa anejo al de las clínicas del Seguro de asistencia médica. Las clínicas de primera categoría se instalarían en poblaciones con más de 600.000 habitantes; las de segunda, en poblaciones de 400.000- 600.000 habitantes; las de tercera, en poblaciones de más de 100.000 habitantes.

⁵⁰ Véase "Influencia de las instalaciones del Plan Nacional en el mejoramiento del nivel sanitario" en *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*. Madrid: INP. Publicación n° 896. 1953.

Antecedentes

En los primeros años cuarenta, mientras otros países como Gran Bretaña o Francia creaban sus respectivos sistemas de Seguridad Social, el Estado español reconoció legalmente su responsabilidad sobre previsión y seguridad social¹. La situación española, sin embargo, todavía no permitía establecer un sistema conjunto como el de esos países desarrollados, pues ni siquiera se había completado la red de Seguros Sociales obligatorios. Y esto último es lo que por el momento decidió resolver la dictadura franquista. En los años cuarenta se estableció el SOE² y el SOVI³, que fusionó el Seguro de Invalidez con el de Vejez implantado en 1939 en sustitución del antiguo Retiro Obrero⁴. Más adelante, a mitad de los años cincuenta, se refundió toda la normativa sobre accidentes de trabajo⁵. Y para terminar, ya en los primeros sesenta, se creó el Seguro Nacional de Desempleo⁶.

Por su parte, la Ley General de Sanidad de 1944 aumentó las competencias del Estado en lo relativo a sanidad⁷, pero no se ocupó de resolver el problema de falta de coordinación debido a su propia estructura dispersa, mantenida invariablemente desde su creación a mediados del siglo diecinueve⁸. Más bien al contrario, la citada Ley General de la primera posguerra volvió a consagrar a las diversas estructuras sanitarias de un siglo atrás dependientes de ayuntamientos, diputaciones y del propio Estado, dando además vía libre para la incorporación de otra serie de organismos como el INP o el PNA que funcionaron también conforme a políticas independientes y de nuevo sin ningún tipo de coordinación.

La coordinación era una asignatura pendiente de la sanidad española desde sus inicios a mitad del siglo diecinueve⁹. La Ley de Sanidad de 1855 había organizado una estructura dispersa y falta de coordinación que todavía se mantenía, y eso después de una cantidad tan numerosa como desafortunada de intentos fracasados llevados a cabo reiteradamente en forma de borradores, proyectos, instrucciones o leyes de reforma sanitaria. Entre ellos cabe citar el implantado en el ámbito de las Administraciones Locales durante la Segunda República con una Ley de Coordinación Sanitaria¹⁰. A esa ley promulgada "para la más perfecta organización de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios encomendados a Diputaciones y Ayuntamientos"¹¹ seguirían otras de carácter general en el ámbito de los Servicios Centrales. Primero la Ley de Hospitales de 1962¹², y a continuación un aluvión de Comisiones Interministeriales que agravarían la situación al sumar al problema de partida otro problema nuevo: el de coordinar a tantos órganos de coordinación¹³.

¹ Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944.

² Véase en el anexo B "Ley del Seguro Obrero de Enfermedad", pág. 249-251.

³ Decreto de 18 de abril de 1947, que extendió la cobertura a todo tipo de riesgos, incluidos enfermedades comunes y accidentes no laborales.

⁴ Véase el anexo B, "Marco Legal de la primera posguerra", pág. 246-251.

⁵ Decreto de 22 de junio de 1956.

⁶ Ley de 22 de julio de 1961.

⁷ Ley de Bases de la Sanidad Nacional.

⁸ Ley General de Sanidad de 1855.

⁹ Véase en este trabajo el capítulo Ley de Sanidad de 1855, pág.

¹⁰ Ley de 11 de julio de 1934 de Coordinación Sanitaria (Gaceta de Madrid n° 196, de 15 de julio de 1934)

¹¹ Ley de Coordinación Sanitaria de 1934. Base 1ª

¹² Ley 37/1962, de 21 de julio, de la Jefatura del Estado, sobre Hospitales (B.O. n° 175, de 23 de julio de 1962)

¹³ Véase borrador de anteproyecto de la Ley General de Sanidad; Legislación Sanitaria, pág. 289.

Durante la etapa franquista se volvió a designar a la Dirección General de Sanidad como autoridad máxima en la materia, pero su autoridad no fue acatada por todos los implicados. La Ley de 1944 confió al director general la responsabilidad de reorganizar la sanidad del país. Sin embargo, concedió al Patronato Nacional Antituberculoso una autonomía absoluta para organizar su Plan de Construcciones iniciado poco antes¹⁴. Pudo considerarse suficiente garantía de coordinación el hecho de que ambos organismos pertenecieran al mismo Ministerio de la Gobernación, lo que fue cierto en alguna medida, pero no valió para que la Dirección General pudiera intervenir en la planificación de la red de sanatorios del Estado.

Por su parte, el Instituto Nacional de Previsión estaba sopesando la viabilidad de un Plan general de instalaciones de asistencia médica cuando se promulgó la Ley de Sanidad de 1944¹⁵. La ley no aludió a ese asunto todavía en estudio. Solo dos meses después se aprobó el Plan del Seguro Obrero, y algo más tarde, a mitad de 1948, comenzó a construirse y transformaría la sanidad del país, pero bajo la tutela del Instituto y absolutamente al margen de la Dirección General de Sanidad¹⁶. El INP había nacido en el seno del Ministerio de la Gobernación, pero desde 1920 pertenecía al de Trabajo, y se consideraba libre de rendir cuentas a nadie, como se verá.

De esa manera, la planificación hospitalaria de la posguerra española arrancó con dos cabezas que, además de no hacer nada por conocerse, estuvieron presuntamente gobernadas por un organismo al que no debían rendir cuentas. Para mayor desgracia, el organismo - Dirección General - asistía impotente a la paulatina decapitación de su cabeza más cercana -Patronato-, a medida que la industria farmacéutica comercializaba nuevos y mejores fármacos contra la tuberculosis¹⁷, mientras que la más alejada - Instituto - crecía sin parar, engordada por incorporación de nuevos colectivos laborales al Seguro de Enfermedad.

En ese contexto, a comienzos de 1957 la Dirección General de Sanidad recibió el encargo de elaborar un censo de hospitales públicos¹⁸. Con tal fin, en julio se crearon las Comisiones Provinciales de Coordinación Sanitaria¹⁹, a las que se confió el encargo de elaborar los respectivos censos locales de hospitales que contuviera datos sobre dotaciones disponibles y sugiriese fórmulas de coordinación. La información de las Comisiones Provinciales fue recogida y procesada por la Dirección General, que a finales de año presentó su primer censo de Hospitales públicos. Y en marzo de 1958 se creó la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, una organización interinstitucional, pero con Secretaría en el seno de la propia Dirección General²⁰. Su cometido sería recoger y estudiar diversas propuestas de las Comisiones Provinciales, y elaborar con ellas proyectos unitarios.

Ese mismo año el Jefe de la Sección de Hospitales de la DGS, Juan Pedro de la Cámara, visitó los principales hospitales alemanes en un viaje de estudio organizado por la Federación Internacional de Hospitales²¹. Doce años antes, Cámara también había viajado a EE.UU. junto con Shaw y Garay por encargo del INP, para conocer

¹⁴ El PNA debía rendir cuentas a la Dirección General en lo relativo a la parte médico sanitaria de sus campañas, pero no en la creación y sostenimiento de sus sanatorios, dispensarios, preventorios o escuelas, ni en las cuestiones de propaganda y educación popular o de investigación en materia de lucha antituberculosa.

¹⁵ Véase en este trabajo "Residencias y Ambulatorios del INP", pág. 35-39.

¹⁶ *Ibidem*, pág. 35-39.

¹⁷ Véase en este trabajo "Plan de Construcciones del PNA", pág. 5-13.

¹⁸ En febrero de 1957 el General Camilo Alonso, compañero de promoción y amigo personal de Franco, tomó posesión del Ministerio de la Gobernación.

¹⁹ Orden de la Presidencia de Gobierno de 20 de julio de 1957, sobre coordinación referente a los proyectos relativos al planeamiento, construcción y ampliación de Instituciones Hospitalarias o de asistencia médico-quirúrgicas (Boletín Oficial de 24 de julio), por la que se crean las Comisiones Provinciales de Coordinación Sanitaria.

²⁰ Orden de la Presidencia de Gobierno de 14 de marzo de 1958, por la que se crea la Comisión Central de Coordinación Sanitaria y Hospitalaria (Boletín Oficial de 19 de marzo).

²¹ La Federación Internacional de Hospitales tenía como norma la organización de un viaje de estudios, cada dos años, alternando con la celebración de sus Congresos. La decisión del viaje de estudios a Alemania se había tomado en el Congreso de Lisboa de 1957.

los principales complejos hospitalarios que luego servirían de modelo a las primeras residencias sanitarias del Seguro de Enfermedad. Ahora lo hacía como miembro de la Federación y de la Dirección General de Sanidad, que era el único organismo español con representación en instituciones internacionales, y junto a otros doscientos representantes procedentes de 21 países, entre ellos, Alemania, Gran Bretaña, Francia, Suecia, EE.UU o Japón. A su vuelta, el comisionado español elaboró un pequeño trabajo sobre la envidiable situación hospitalaria alemana²². En él se exponía brevemente el modelo de organización del Seguro de enfermedad alemán²³, se aportaban algunas cifras y datos generales sobre asistencia y hospitales, y también particularidades y novedades de los edificios y sus equipamientos. Pero además se hacían observaciones de candente actualidad, relativas a coordinación entre instituciones y al alcance de la cobertura sanitaria, que influirían decisivamente en la sanidad española.

Cámara destacó la creciente atención que se prestaba en Alemania hacia los servicios de rehabilitación cuando aquí todavía se ofrecía únicamente la asistencia médico-quirúrgica²⁴. También se interesó por las fórmulas de asociación de diversos hospitales, que se agrupaban con el fin de mejorar sus servicios y defender sus economías. En España todavía se estaba muy lejos de alcanzar esos acuerdos; aquí cada organismo mandaba en sus hospitales, desconocía la situación del resto y consideraba imposible cualquier tipo de colaboración a pesar de las limitaciones económicas del país. Por supuesto, Cámara no había ido a Alemania para descubrir esos asuntos, sino para saber cómo abordarlos, pues ambos eran cuestiones de estudio en España. De hecho, dieron lugar a las dos leyes sanitarias fundamentales de los años sesenta: la de Hospitales y la de bases de la Seguridad Social.

²² Los hospitales alemanes tenían un lujo desconocido en España, y una amplitud exagerada a decir de Cámara, sobre todo en lo relativo a pasillos, vestíbulos y zonas comunes. Solían estar situados en la periferia de las ciudades y rodeados de un extenso parque arbolado que proporcionaba un gran silencio por otra parte buscado en la ejecución de los edificios, para los que no se escatimaba a la hora de elegir herrajes, pavimentos o cielorrasos acústicos. Aunque, como en el resto de países, los hospitales públicos eran los de mayor tamaño, se apreciaba una tendencia de construcción de hospitales medianos, con 350 o 400 camas. El índice de camas por cada mil habitantes oscilaba entre 9,3 y 11,7. En los hospitales públicos la estancia media de hospitalización rondaba los 36 días, en los no lucrativos, 27, y en los privados, 21. Véase Cámara, J.P. *Los Hospitales Alemanes; notas de un viaje de estudio*. Madrid : Dirección General de Sanidad, 1959.

²³ El Seguro de Enfermedad alemán estaba organizado por Cajas de Seguros de Enfermedad y por instituciones de Seguros de los diversos Estados. El seguro era obligatorio y se aplicaba a todos los trabajadores con rentas bajas, tanto los empleados por cuenta ajena como los autónomos, y a los pensionistas. Además, los particulares tenían la opción de cotizar por sí mismos e incorporarse libremente al seguro. Las prestaciones obligatorias eran la asistencia por enfermedad, que incluía asistencia médica, hospitalización e indemnización económica, el subsidio de maternidad y el familiar, y la indemnización funeraria. Aunque todavía no se había reconocido plenamente el derecho de hospitalización para toda la población, de hecho ya lo estaba. Por el contrario que en España, en donde cada institución pública tenía su propia red de hospitales, la mayoría de los hospitales públicos alemanes pertenecía a los Municipios, con la excepción de los hospitales para excombatientes mutilados, de propiedad federal. Véase Cámara, J.P. *Los Hospitales Alemanes; notas de un viaje de estudio*. Madrid : Dirección General de Sanidad, 1959.

²⁴ Véase De la Cámara, Juan Pedro : "Los hospitales alemanes; notas de un viaje de estudio. Madrid : Publicaciones de la Dirección General de Sanidad. 1959, pág. 39.

Ley de hospitales

A comienzos de 1960 el Ministro de Gobernación Camilo Alonso Vega encargó a un grupo de trabajo de la CCCH el estudio de los hospitales públicos de Madrid. El trabajo sobre ese conjunto muy heterogéneo de cerca de siete mil camas se abordó conforme a criterios económicos y administrativos, a parte de los meramente sanitarios, y sus consideraciones sobre las crecientes e insatisfechas necesidades de la capital del país fueron valoradas de forma muy positiva por el Ministerio y se asumirían rápida e íntegramente en su nueva planificación sanitaria²⁵. Ese éxito aumentó tanto la valoración que se tenía de la CCCH que dio origen en el mismo año 1960 a dos Órdenes de la Presidencia del Gobierno, una que elevó el rango de la Comisión, presidida desde ese momento por un Ministro del Gobierno, y otra que obligó a someter todo proyecto de construcción hospitalaria a la aprobación de la Comisión²⁶.

Una vez promulgadas las órdenes, en febrero de 1961 la Dirección General de Sanidad creó por orden de Gobernación la Sección de Hospitales y Centros Asistenciales en la que se centraron todas las cuestiones relacionadas con su título, y a la vez elaboró una serie de anteproyectos para una Ley de Hospitales²⁷, que fue finalmente aprobada en julio de 1962. El objetivo primordial de esa Ley de Hospitales, mejor denominada como Ley de Coordinación Hospitalaria,²⁸ era lograr un nivel de asistencia sanitario análogo en todo el país, capaz de promover y conservar la salud de todos y evitar así cuantiosas pérdidas económicas debidas a la enfermedad²⁹. La Ley de Sanidad de 1944 había atribuido a la Dirección General de Sanidad solamente una función inspectora sobre las condiciones mínimas exigibles en los establecimientos sanitarios, pero no le había otorgado la autoridad para conformar un hipotético sistema nacional de salud similar al implantado en otros lugares. El modelo británico de integración total de los Servicios de Salud bajo un mando único era inviable en España, pues la responsabilidad sanitaria pública española se encontraba por ley fragmentada entre una cantidad de organismos independientes en continuo crecimiento debido a sucesivas disposiciones locales, provinciales y estatales.

La nueva Ley de Hospitales de 1962 respetó a esa estructura fragmentada según la cual cada organismo continuaría gestionando sus instituciones con autonomía, pero quiso superponerle un plan de coordinación de rango nacional que permitiese optimizar los recursos de unas en beneficio del conjunto, plan que constituiría nominalmente la Red Hospitalaria Nacional conformada por todos los hospitales españoles con independencia de su titularidad. La nueva red de hospitales se organizaría conforme a los diversos criterios. Por sus funciones los hospitales se catalogarían como generales o especiales; por su ámbito, en nacionales, regionales, provinciales o locales; para definir su nivel asistencial se observarían las características del local, instalación, personal y material; y también se catalogarían por su carácter patrimonial, según el organismo, la entidad o la persona titular del mismo³⁰. Dicho catálogo permitiría

²⁵ Véase en este trabajo "Hospital 1º de Octubre", pág. 106-112.

²⁶ Órdenes de la Presidencia del Gobierno de 12 de agosto de 1960 (B.O. de 20 de agosto)

²⁷ Ley 37/1962, de 21 de julio, de la Jefatura del Estado, sobre Hospitales (B.O.E. núm. 175, de 23 de julio de 1962)

²⁸ La citada Ley de Coordinación Hospitalaria fue presentada ante las Cortes por el Director General de Sanidad, Jesús García Orcóyen, el 14 de julio de 1962, y promulgada una semana después como Ley 37/1962, de 21 de julio, sobre Hospitales.

²⁹ En el discurso de presentación de la Ley de Hospitales se hizo una estimación de las pérdidas económicas provocadas por la epidemia de paludismo de la primera posguerra, cifradas en mil millones de pesetas anuales. Según esos cálculos, el excedente de un año sin paludismo habría permitido llevar a término el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias trazado por Quintana.

³⁰ Del Art. 4 de la Ley de Hospitales.

establecer las necesidades hospitalarias presentes y futuras de acuerdo con las necesidades de cada comarca en particular y de la nación en general. Todos los hospitales constituirían, por ley, la Red Hospitalaria Nacional³¹.

Para evitar estratagemas previsibles, la Ley de 1962 definió el término hospital, con independencia de la denominación particular que utilizase como residencia, clínica, sanatorio o centro médico, como establecimiento destinado a proporcionar asistencia médico-clínica, estuviera o no dedicado a la medicina preventiva y de recuperación, al tratamiento ambulatorio, a la formación de personal técnico y sanitario o a la investigación científica³². La Ley de hospitales se aplicaría a los hospitales del Estado y de Organismos autónomos, a los de Seguridad Social, de la Organización Sindical, de Corporaciones Locales y también a los del Protectorado español. El resto de hospitales sólo figuraría en el Catálogo de Hospitales, aunque también estaría sometido a la inspección sanitaria³³. La Ley dejó las puertas de los hospitales abiertas a todo enfermo ya fuera rico o pobre, decía, pero también reconoció el derecho de cada hospital a definir su cometido específico³⁴. Con la accesibilidad de los hospitales se pretendía desautorizar la normativa interna de algunos organismos que, como el INP, tenían organizada la asistencia mediante un sistema de filtros para impedir el acceso directo a sus hospitales, que por ello se denominaban instituciones cerradas.

La elaboración del Catálogo de Hospitales se encargó de nuevo a la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria como una de sus funciones prioritarias. El Catálogo era fundamental porque el presupuesto para hospitales se repartiría conforme a los resultados de su análisis, a fin de homogeneizar la red y garantizar un nivel de asistencia uniforme que también trataría de obtenerse mediante otras fórmulas de cooperación, conciertos o convenios entre instituciones. La propia CCCH dependiente de la Dirección General de Sanidad estaría encargada de informar sobre todos esos aspectos y proponer las diversas actuaciones que hubieran de llevarse a cabo³⁵.

Con la nueva Ley de Hospitales la Dirección General de Sanidad salía moral y económicamente reforzada, porque gestionaría la mayor parte del presupuesto para Sanidad de los Planes de Desarrollo Económico y Social³⁶. Sin embargo, sus expectativas de coordinación no llegarían a cumplirse tal como se esperaba, fundamentalmente debido a los desacatos y cortocircuitos continuamente cometidos por la entidad más poderosa de la red de hospitales, el Instituto Nacional de Previsión, que jamás llegó a comprender ni aceptó la tutela de la Dirección General y mucho menos la de su filial Comisión Central de Coordinación Hospitalaria.

³¹ Ibidem; artículo 4º

³² Ibidem; artículo 1º

³³ Ibidem; artículo 3º

³⁴ Ibidem; artículo 2º

³⁵ Ibidem; artículo 5º

³⁶ La Comisión Central de Coordinación Hospitalaria gestionaba el dinero de los planes de desarrollo para subvencionar a entidades sin ánimo de lucro, como la Cruz Roja, y a corporaciones locales. Entrevista del autor con Víctor Conde. 29-01-02.

Mientras el Ministerio de la Gobernación remataba su Ley de Hospitales en la CCCH, el Ministerio de Trabajo comenzó a preparar su borrador de Ley sobre Bases de la Seguridad Social. En julio de 1961 acababa de completarse la cobertura de riesgos básicos con la entrada en vigor del Seguro Nacional de Desempleo, pero la fórmula de protección mediante adición paulatina de seguros independientes desarrollada en España a lo largo de todo el siglo resultaba insuficiente para responder ante determinadas situaciones y ofrecía unas dificultades de coordinación notables y un encarecimiento global. Por ello se pensó que había llegado el momento de operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social³⁷, tal como se había hecho en otros países europeos durante la II Guerra Mundial.

Durante la década de los cincuenta España había logrado romper el bloqueo internacional ocasionado por su neutralidad en la contienda mundial, y los efectos positivos del Plan de Estabilización económica propiciaban todavía más el cambio de política hacia posiciones moderadas. Esas intenciones se manifestaron con el cambio de gabinete ministerial de julio de 1962, fecha en que sectores radicales del régimen como la Falange fueron arrinconados y sustituidos por capas técnicas del funcionariado. El Ministerio de Trabajo fue ocupado por Jesús Romeo-Gorría, anterior Vicesecretario de estudios del propio organismo, que sustituyó a Fermín Sanz-Orrio, camisa azul como los anteriores ministros de trabajo desde 1939³⁸. El nuevo ministro introdujo nuevos hábitos de trabajo y alumbró en poco tiempo la Ley sobre Bases de la Seguridad Social³⁹.

En su prólogo, la Ley de bases presentó el tránsito hacia el sistema de Seguridad Social como una tarea nacional que impondría sacrificios a los jóvenes respecto de los viejos, a los sanos en beneficio de los enfermos, a los pudientes en provecho de los pobres, a los empleados para sufragar el mantenimiento de los parados y a los vivos para con las familias de los muertos, conforme a un bienaventurado principio de solidaridad nacional y católica que quedaba restringido a los trabajadores, porque la Seguridad Social no era todavía en España un derecho universal y solo se ocuparía de los súbditos cotizantes.

La Ley sobre Bases de la Seguridad Social era una ley de bases y, por tanto, sólo anunciaba mediante directrices la intención de reformar la asistencia social española. Definía las directrices que luego otras disposiciones posteriores se encargarían de desarrollar. Debía lograrse la unificación de los seguros sociales, la participación de trabajadores y empresarios en la gestión de la Seguridad Social, la supresión del ánimo de lucro en lo que estuviera ligado a la asistencia social, soluciones globales de protección frente a las diversas situaciones o contingencias, la mejora de su régimen financiero y la garantía de unos fondos de reserva, el aumento de la contribución estatal y la promoción de los servicios de recuperación y rehabilitación de los que adolecía la asistencia médica en el Seguro de Enfermedad.

Hasta entonces los hospitales del Plan de Instalaciones Sanitarias sólo se habían planificado para el ingreso de pacientes que fueran a recibir tratamientos quirúrgicos.

³⁷ Cita extraída literalmente de Justificación y directrices de la Ley de Bases.

³⁸ Jesús Romeo-Gorría fue Ministro de Trabajo entre julio de 1962 y octubre de 1969. El ministro saliente, Fermín Sanz-Orrio había ocupado el cargo desde febrero de 1957, a continuación de José Antonio Girón de Velasco, que a su vez lo fue desde mayo de 1941, cuando el anterior Ministerio de Agricultura y Trabajo se separó en dos ministerios independientes.

³⁹ Ley 193/63, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.(B.O.E. n.º312, de 30 de diciembre de 1963, corrección de erratas en B.O.E. de 28 de enero de 1964).

Esas habían sido las prestaciones ofrecidas por el Seguro Obligatorio de Enfermedad superado, pero ahora el derecho de hospitalización se ampliaría paulatinamente para los casos pediátricos, obstétricos y médicos. Primero llegaría el derecho de hospitalización maternal y pediátrica, pero casi de inmediato se alcanzaría también el de rehabilitación y traumatología no operatoria. Poco después comenzaría el desarrollo de los servicios de urgencias, primero con la implantación del servicio de unidades móviles de urgencia y a continuación con la implantación de servicios hospitalarios de urgencia.

El tránsito hacia la Seguridad Social presentado en la Ley sobre Bases tuvo repercusiones inmediatas en la planificación de los hospitales del Instituto Nacional de Previsión. El incremento del número de asegurados⁴⁰ obligó a incrementar proporcionalmente las instalaciones existentes. Por otra parte la extensión del derecho de hospitalización a otros casos además de los quirúrgicos, en virtud de la nueva preocupación de la Ley sobre los servicios de recuperación y rehabilitación⁴¹, obligó a reconsiderar la planificación de los hospitales. Además de aumentar el tamaño o número de hospitales se hizo preciso incluir los nuevos servicios en alguna parte. Ahora no solo se trataba de curar, sino también de atender a la salud integral de los españoles y equiparados, y eso aquí originó la creación de hospitales especializados que asumieron casi literalmente la ley según ésta fue apareciendo. Se comenzó por construir un hospital de cuidados progresivos; le siguió un centro de investigación médico-quirúrgica, y luego las maternidades, hospitales infantiles, centros de rehabilitación y traumatología, pabellones para servicios de urgencias, y algunos otros centros especializados como el Instituto Nacional de la Silicosis en Oviedo, centros de tratamiento y diagnóstico en pocas grandes ciudades, el Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Paraplégicos en Toledo, y el Centro Quirúrgico de Urgencia, el Centro de Hematología y Hematoterapia, el Centro Piloto para menores subnormales y dos centros nacionales de especialidades quirúrgicas, todos estos en Madrid. También se proyectaron centros docentes e incluso figuró algún centro de investigación, aunque no funcionara más que a título nominal. Pronto en algunos núcleos estratégicos del país comenzaron a hacer acto de presencia todos esos edificios alrededor de anteriores residencias sanitarias y conformaron las grandes Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social.

⁴⁰ La Base segunda de la Ley sobre Bases extendió el derecho a los beneficios de la Seguridad Social a los trabajadores por cuenta propia y a súbditos de otros países que residieran en territorio español.

⁴¹ La Base sexta de la Ley sobre Bases señaló una nueva organización de la asistencia sanitaria que debería garantizar los medios de recuperación y defensa de la salud, de prevención y de tratamiento, que en su caso podría ser en régimen de estancia en Centros y Establecimientos Sanitarios.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID
ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ARQUITECTURA

LOS HOSPITALES DE FRANCO
LA VERSIÓN AUTÓCTONA DE UNA ARQUITECTURA MODERNA

ANEXOS

Alberto Picháin Álvarez-Arenas, arquitecto

[2003]